



ROYAUME DU MAROC  
UNIVERSITE MOHAMMED V DE RABAT  
FACULTE DE MEDECINE  
ET DE PHARMACIE  
RABAT



Année: 2018

Thèse N°: 337

## TRICHOBEZOARD GASTRIQUE ET INTESTINAL

### THÈSE

*Présentée et soutenue publiquement le : / / 2018*

**PAR**

**Monsieur Ibrahim BOUMEHDI**

*Né le 14 Janvier 1992 à Béni Mellal*

*Médecin Interne du CHU Ibn Sina de Rabat*

*Pour l'Obtention du Diplôme de*

**Docteur en Médecine**

**Mots Clés** : Trichobezoard; Rapunzel ; Chirurgie

**Membres du Jury** :

**Monsieur Abdellatif BENCHEKROUN**

Professeur de Chirurgie Viscérale

**Président & Rapporteur**

**Monsieur Mohamed EL OUNANI**

Professeur de Chirurgie Viscérale

**Juge**

**Monsieur El Mahjoub ECHARRAB**

Professeur de Chirurgie Viscérale

**Juge**

**Madame Meryem FIKRI**

Professeur de Radiologie

**Juge**



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

سبحانك لا علم لنا إلا ما علمتنا  
إننا أنت العليم الحكيم  
سورة البقرة: الآية: 31



بِسْمِ اللَّهِ  
الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



**UNIVERSITE MOHAMMED V DE RABAT  
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE - RABAT**

**DOYENS HONORAIRES :**

1962 – 1969 : Professeur Abdelmalek FARAJ  
1969 – 1974 : Professeur Abdellatif BERBICH  
1974 – 1981 : Professeur Bachir LAZRAK  
1981 – 1989 : Professeur Taieb CHKILI  
1989 – 1997 : Professeur Mohamed Tahar ALAOUI  
1997 – 2003 : Professeur Abdelmajid BELMAHI  
2003 – 2013 : Professeur Najia HAJJAJ - HASSOUNI



**ADMINISTRATION :**

**Doyen** : Professeur Mohamed ADNAOUI  
**Vice Doyen chargé des Affaires Académiques et estudiantines**  
Professeur Mohammed AHALLAT  
**Vice Doyen chargé de la Recherche et de la Coopération**  
Professeur Taoufiq DAKKA  
**Vice Doyen chargé des Affaires Spécifiques à la Pharmacie**  
Professeur Jamal TAOUFIK  
**Secrétaire Général** : Mr. Mohamed KARRA

**1- ENSEIGNANTS-CHERCHEURS MEDECINS**

**ET  
PHARMACIENS**

**PROFESSEURS :**

**Décembre 1984**

|                          |   |
|--------------------------|---|
| Pr. MAAOUNI Abdelaziz    | Médecine Interne – <i>Clinique Royale</i> |
| Pr. MAAZOUZI Ahmed Wajdi | Anesthésie -Réanimation                   |
| Pr. SETTAF Abdellatif    | pathologie Chirurgicale                   |

**Novembre et Décembre 1985**

|                    |                         |
|--------------------|-------------------------|
| Pr. BENSAID Younes | Pathologie Chirurgicale |
|--------------------|-------------------------|

**Janvier, Février et Décembre 1987**

|                           |                    |
|---------------------------|--------------------|
| Pr. CHAHED OUZZANI Houria | Gastro-Entérologie |
| Pr. LACHKAR Hassan        | Médecine Interne   |
| Pr. YAHYAOUY Mohamed      | Neurologie         |

**Décembre 1988**

|                                |                       |
|--------------------------------|-----------------------|
| Pr. BENHAMAMOUCH Mohamed Najib | Chirurgie Pédiatrique |
| Pr. DAFIRI Rachida             | Radiologie            |

### Décembre 1989

Pr. ADNAOUI Mohamed  
Pr. CHAD Bouziane  
Pr. OUAZZANI Taïbi Mohamed Réda

### Janvier et Novembre 1990

Pr. CHKOFF Rachid  
Pr. HACHIM Mohammed\*  
Pr. KHARBACH Aïcha  
Pr. MANSOURI Fatima  
Pr. TAZI Saoud Anas

### Février Avril Juillet et Décembre 1991

Pr. AL HAMANY Zaïtounia  
Pr. AZZOUZI Abderrahim  
Pr. BAYAHIA Rabéa  
Pr. BELKOUCHI Abdelkader  
Pr. BENCHEKROUN Belabbes Abdellatif  
Pr. BENSOU DA Yahia  
Pr. BERRAHO Amina  
Pr. BEZZAD Rachid  
Pr. CHABRAOUI Layachi  
Pr. CHERRAH Yahia  
Pr. CHOKAIRI Omar  
Pr. KHATTAB Mohamed  
Pr. SOULAYMANI Rachida  
Pr. TAOUFIK Jamal

### Décembre 1992

Pr. AHALLAT Mohamed  
Pr. BENSOU DA Adil  
Pr. BOUJIDA Mohamed Najib  
Pr. CHAHED OUAZZANI Laaziza  
Pr. CHRAIBI Chafiq  
Pr. DEHAYNI Mohamed\*  
Pr. EL OUAHABI Abdessamad  
Pr. FELLAT Rokaya  
Pr. GHAFIR Driss\*  
Pr. JIDDANE Mohamed  
Pr. TAGHY Ahmed  
Pr. ZOUHDI Mimoun

### Mars 1994

Pr. BENJAAFAR Nouredine  
Pr. BEN RAIS Nozha  
Pr. CAOUI Malika  
Pr. CHRAIBI Abdelmjid

Pr. EL AMRANI Sabah  
Pr. EL BARDOUNI Ahmed

Médecine Interne – Doyen de la FMPR  
Pathologie Chirurgicale  
Neurologie

Pathologie Chirurgicale  
Médecine-Interne  
Gynécologie -Obstétrique  
Anatomie-Pathologique  
Anesthésie Réanimation

Anatomie-Pathologique  
Anesthésie Réanimation – Doyen de la FMPO  
Néphrologie  
Chirurgie Générale  
Chirurgie Générale  
Pharmacie galénique  
Ophtalmologie  
Gynécologie Obstétrique  
Biochimie et Chimie  
Pharmacologie  
Histologie Embryologie  
Pédiatrie  
Pharmacologie – Dir. du Centre National PV  
Chimie thérapeutique V.D à la pharmacie+Dir du CE-DOC

Chirurgie Générale V.D Aff. Acad. et Estud  
Anesthésie Réanimation  
Radiologie  
Gastro-Entérologie  
Gynécologie Obstétrique  
Gynécologie Obstétrique  
Neurochirurgie  
Cardiologie  
Médecine Interne  
Anatomie  
Chirurgie Générale  
Microbiologie

Radiothérapie  
Biophysique  
Biophysique  
Endocrinologie et Maladies Métaboliques  
Doyen de la FMPA  
Gynécologie Obstétrique  
Traumato-Orthopédie



Pr. EL HASSANI My Rachid  
Pr. ERROUGANI Abdelkader  
Pr. ESSAKALI Malika  
Pr. ETTAYEBI Fouad  
Pr. HADRI Larbi\*  
Pr. HASSAM Badredine  
Pr. IFRINE Lahssan  
Pr. JELTHI Ahmed  
Pr. MAHFOUD Mustapha  
Pr. RHRAB Brahim  
Pr. SENOUCI Karima

### **Mars 1994**

Pr. ABBAR Mohamed\*  
Pr. ABDELHAK M'barek  
Pr. BELAIDI Halima  
Pr. BENTAHILA Abdelali  
Pr. BENYAHIA Mohammed Ali  
Pr. BERRADA Mohamed Saleh  
Pr. CHAMI Ilham  
Pr. CHERKAOUI Lalla Ouafae  
Pr. JALIL Abdelouahed  
Pr. LAKHDAR Amina  
Pr. MOUANE Nezha

### **Mars 1995**

Pr. ABOUQUAL Redouane  
Pr. AMRAOUI Mohamed  
Pr. BAIDADA Abdelaziz  
Pr. BARGACH Samir  
Pr. CHAARI Jilali\*  
Pr. DIMOU M'barek\*  
Pr. DRISSI KAMILI Med Nordine\*  
Pr. EL MESNAOUI Abbes  
Pr. ESSAKALI HOUSSYNI Leila  
Pr. HDA Abdelhamid\*  
Pr. IBEN ATTYA ANDALOUSSI Ahmed  
Pr. OUAZZANI CHAHDI Bahia  
Pr. SEFIANI Abdelaziz  
Pr. ZEGGWAGH Amine Ali

### **Décembre 1996**

Pr. AMIL Touriya\*  
Pr. BELKACEM Rachid  
Pr. BOULANOUAR Abdelkrim  
Pr. EL ALAMI EL FARICHA EL Hassan  
Pr. GAOUZI Ahmed  
Pr. MAHFOUDI M'barek\*  
Pr. OUADGHIRI Mohamed  
Pr. OUZEDDOUN Naima  
Pr. ZBIR EL Mehdi\*

Radiologie  
Chirurgie Générale- **Directeur CHIS**  
Immunologie  
Chirurgie Pédiatrique  
Médecine Interne  
Dermatologie  
Chirurgie Générale  
Anatomie Pathologique  
Traumatologie – Orthopédie  
Gynécologie –Obstétrique  
Dermatologie

Urologie  
Chirurgie – Pédiatrique  
Neurologie  
Pédiatrie  
Gynécologie – Obstétrique  
Traumatologie – Orthopédie  
Radiologie  
Ophtalmologie  
Chirurgie Générale  
Gynécologie Obstétrique  
Pédiatrie

Réanimation Médicale  
Chirurgie Générale  
Gynécologie Obstétrique  
Gynécologie Obstétrique  
Médecine Interne  
Anesthésie Réanimation  
Anesthésie Réanimation  
Chirurgie Générale  
Oto-Rhino-Laryngologie  
Cardiologie - **Directeur HMI Med V**  
Urologie  
Ophtalmologie  
Génétique  
Réanimation Médicale

Radiologie  
Chirurgie Pédiatrie  
Ophtalmologie  
Chirurgie Générale  
Pédiatrie  
Radiologie  
Traumatologie-Orthopédie  
Néphrologie  
Cardiologie



### Novembre 1997

Pr. ALAMI Mohamed Hassan  
Pr. BEN SLIMANE Lounis  
Pr. BIROUK Nazha  
Pr. ERREIMI Naima  
Pr. FELLAT Nadia  
Pr. HAIMEUR Charki\*  
Pr. KADDOURI Nouredine  
Pr. KOUTANI Abdellatif  
Pr. LAHLOU Mohamed Khalid  
Pr. MAHRAOUI CHAFIQ  
Pr. TAOUFIQ Jallal  
Pr. YOUSFI MALKI Mounia

Gynécologie-Obstétrique  
Urologie  
Neurologie  
Pédiatrie  
Cardiologie  
Anesthésie Réanimation  
Chirurgie Pédiatrique  
Urologie  
Chirurgie Générale  
Pédiatrie  
Psychiatrie  
Gynécologie Obstétrique

### Novembre 1998

Pr. AFIFI RAJAA  
Pr. BENOMAR ALI  
Pr. BOUGTAB Abdesslam  
Pr. ER RIHANI Hassan  
Pr. BENKIRANE Majid\*  
Pr. KHATOURI ALI\*

Gastro-Entérologie  
Neurologie – Doyen de la FMP Abulcassis  
Chirurgie Générale  
Oncologie Médicale  
Hématologie  
Cardiologie

### Janvier 2000

Pr. ABID Ahmed\*  
Pr. AIT OUMAR Hassan  
Pr. BENJELLOUN Dakhama Badr.Sououd  
Pr. BOURKADI Jamal-Eddine  
Pr. CHARIF CHEFCHAOUNI Al Montacer  
Pr. ECHARRAB El Mahjoub  
Pr. EL FTOUH Mustapha  
Pr. EL MOSTARCHID Brahim\*  
Pr. ISMAILI Hassane\*  
Pr. MAHMOUDI Abdelkrim\*  
Pr. TACHINANTE Rajae  
Pr. TAZI MEZALEK Zoubida

Pneumophtisiologie  
Pédiatrie  
Pédiatrie  
Pneumo-phtisiologie  
Chirurgie Générale  
Chirurgie Générale  
Pneumo-phtisiologie  
Neurochirurgie  
Traumatologie Orthopédie- Dir. Hop. Av. Marr.  
Anesthésie-Réanimation Inspecteur du SSM  
Anesthésie-Réanimation  
Médecine Interne



### Novembre 2000

Pr. AIDI Saadia  
Pr. AJANA Fatima Zohra  
Pr. BENAMR Said  
Pr. CHERTI Mohammed  
Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Selma  
Pr. EL HASSANI Amine  
Pr. EL KHADER Khalid  
Pr. EL MAGHRAOUI Abdellah\*  
Pr. GHARBI Mohamed El Hassan  
Pr. MAHASSINI Najat  
Pr. MDAGHRI ALAOUI Asmae  
Pr. ROUIMI Abdelhadi\*

Neurologie  
Gastro-Entérologie  
Chirurgie Générale  
Cardiologie  
Anesthésie-Réanimation  
Pédiatrie Directeur Hop. Chekikh Zaied  
Urologie  
Rhumatologie  
Endocrinologie et Maladies Métaboliques  
Anatomie Pathologique  
Pédiatrie  
Neurologie

## Décembre 2000

Pr. ZOHAIR ABDELAH\*

ORL

## Décembre 2001

Pr. BALKHI Hicham\*  
Pr. BENABDELJLIL Maria  
Pr. BENAMAR Loubna  
Pr. BENAMOR Jouda  
Pr. BENELBARHDADI Imane  
Pr. BENNANI Rajae  
Pr. BENOACHANE Thami  
Pr. BEZZA Ahmed\*  
Pr. BOUCHIKHI IDRISSE Med Larbi  
Pr. BOUMDIN El Hassane\*  
Pr. CHAT Latifa  
Pr. DAALI Mustapha\*  
Pr. DRISSI Sidi Mourad\*  
Pr. EL HIJRI Ahmed  
Pr. EL MAAQILI Moulay Rachid  
Pr. EL MADHI Tarik  
Pr. EL OUNANI Mohamed  
Pr. ETTAIR Said  
Pr. GAZZAZ Miloudi\*  
Pr. HRORA Abdelmalek  
Pr. KABBAJ Saad  
Pr. KABIRI EL Hassane\*  
Pr. LAMRANI Moulay Omar  
Pr. LEKEHAL Brahim  
Pr. MAHASSIN Fattouma\*  
Pr. MEDARHRI Jalil  
Pr. MIKDAME Mohammed\*  
Pr. MOHSINE Raouf  
Pr. NOUINI Yassine  
Pr. SABBABH Farid  
Pr. SEFIANI Yasser  
Pr. TAOUFIQ BENCHEKROUN Soumia

Anesthésie-Réanimation  
Neurologie  
Néphrologie  
Pneumo-phtisiologie  
Gastro-Entérologie  
Cardiologie  
Pédiatrie  
Rhumatologie  
Anatomie  
Radiologie  
Radiologie  
Chirurgie Générale  
Radiologie  
Anesthésie-Réanimation  
Neuro-Chirurgie  
Chirurgie-Pédiatrique  
Chirurgie Générale  
Pédiatrie **Directeur. Hop.d'Enfants**  
Neuro-Chirurgie  
Chirurgie Générale  
Anesthésie-Réanimation  
Chirurgie Thoracique  
Traumatologie Orthopédie  
Chirurgie Vasculaire Périphérique  
Médecine Interne  
Chirurgie Générale  
Hématologie Clinique  
Chirurgie Générale  
Urologie **Directeur Hôpital Ibn Sina**  
Chirurgie Générale  
Chirurgie Vasculaire Périphérique  
Pédiatrie



## Décembre 2002

Pr. AL BOUZIDI Abderrahmane\*  
Pr. AMEUR Ahmed \*  
Pr. AMRI Rachida  
Pr. AOURARH Aziz\*  
Pr. BAMOU Youssef \*  
Pr. BELMEJDOUB Ghizlene\*  
Pr. BENZEKRI Laila  
Pr. BENZZOUBEIR Nadia  
Pr. BERNOUSSI Zakiya  
Pr. BICHRA Mohamed Zakariya\*  
Pr. CHOHO Abdelkrim \*

Anatomie Pathologique  
Urologie  
Cardiologie  
Gastro-Entérologie  
Biochimie-Chimie  
Endocrinologie et Maladies Métaboliques  
Dermatologie  
Gastro-Entérologie  
Anatomie Pathologique  
Psychiatrie  
Chirurgie Générale

Pr. CHKIRATE Bouchra  
 Pr. EL ALAMI EL FELLOUS Sidi Zouhair  
 Pr. EL HAOURI Mohamed \*  
 Pr. FILALI ADIB Abdelhai  
 Pr. HAJJI Zakia  
 Pr. IKEN Ali  
 Pr. JAAFAR Abdeloihab\*  
 Pr. KRIOUILE Yamina  
 Pr. LAGHMARI Mina  
 Pr. MABROUK Hfid\*  
 Pr. MOUSSAOUI RAHALI Driss\*  
 Pr. OUJILAL Abdelilah  
 Pr. RACHID Khalid \*  
 Pr. RAISS Mohamed  
 Pr. RGUIBI IDRISSE Sidi Mustapha\*  
 Pr. RHOU Hakima  
 Pr. SIAH Samir \*  
 Pr. THIMOU Amal  
 Pr. ZENTAR Aziz\*

Pédiatrie  
 Chirurgie Pédiatrique  
 Dermatologie  
 Gynécologie Obstétrique  
 Ophtalmologie  
 Urologie  
 Traumatologie Orthopédie  
 Pédiatrie  
 Ophtalmologie  
 Traumatologie Orthopédie  
 Gynécologie Obstétrique  
 Oto-Rhino-Laryngologie  
 Traumatologie Orthopédie  
 Chirurgie Générale  
 Pneumophtisiologie  
 Néphrologie  
 Anesthésie Réanimation  
 Pédiatrie  
 Chirurgie Générale

### Janvier 2004

Pr. ABDELLAH El Hassan  
 Pr. AMRANI Mariam  
 Pr. BENBOUZID Mohammed Anas  
 Pr. BENKIRANE Ahmed\*  
 Pr. BOUGHALEM Mohamed\*  
 Pr. BOULAADAS Malik  
 Pr. BOURAZZA Ahmed\*  
 Pr. CHAGAR Belkacem\*  
 Pr. CHERRADI Nadia  
 Pr. EL FENNI Jamal\*  
 Pr. EL HANCHI ZAKI  
 Pr. EL KHORASSANI Mohamed  
 Pr. EL YOUNASSI Badreddine\*  
 Pr. HACHI Hafid  
 Pr. JABOUIRIK Fatima  
 Pr. KHARMAZ Mohamed  
 Pr. MOUGHIL Said  
 Pr. OUBAAZ Abdelbarre\*  
 Pr. TARIB Abdelilah\*  
 Pr. TIJAMI Fouad  
 Pr. ZARZUR Jamila

Ophtalmologie  
 Anatomie Pathologique  
 Oto-Rhino-Laryngologie  
 Gastro-Entérologie  
 Anesthésie Réanimation  
 Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale  
 Neurologie  
 Traumatologie Orthopédie  
 Anatomie Pathologique  
 Radiologie  
 Gynécologie Obstétrique  
 Pédiatrie  
 Cardiologie  
 Chirurgie Générale  
 Pédiatrie  
 Traumatologie Orthopédie  
 Chirurgie Cardio-Vasculaire  
 Ophtalmologie  
 Pharmacie Clinique  
 Chirurgie Générale  
 Cardiologie



### Janvier 2005

Pr. ABBASSI Abdellah  
 Pr. AL KANDRY Sif Eddine\*  
 Pr. ALLALI Fadoua  
 Pr. AMAZOUZI Abdellah  
 Pr. AZIZ Noureddine\*  
 Pr. BAHIRI Rachid

Chirurgie Réparatrice et Plastique  
 Chirurgie Générale  
 Rhumatologie  
 Ophtalmologie  
 Radiologie  
 Rhumatologie

Pr. BARKAT Amina  
Pr. BENYASS Aatif  
Pr. BERNOUSSI Abdelghani  
Pr. DOUDOUH Abderrahim\*  
Pr. EL HAMZAOUI Sakina\*  
Pr. HAJJI Leila  
Pr. HESSISSEN Leila  
Pr. JIDAL Mohamed\*  
Pr. LAAROUSSI Mohamed  
Pr. LYAGOUBI Mohammed  
Pr. NIAMANE Radouane\*  
Pr. RAGALA Abdelhak  
Pr. SBIHI Souad  
Pr. ZERAIDI Najja

**Décembre 2005** Pr. CHANI Mohamed

**Avril 2006**

Pr. ACHEMLAL Lahsen\*  
Pr. AKJOUJ Saïd\*  
Pr. BELMEKKI Abdelkader\*  
Pr. BENCHEIKH Razika  
Pr. BIYI Abdelhamid\*  
Pr. BOUHAFS Mohamed El Amine  
Pr. BOULAHYA Abdellatif\*  
Pr. CHENGUETI ANSARI Anas  
Pr. DOGHMI Nawal  
Pr. FELLAT Ibtissam  
Pr. FAROUDY Mamoun  
Pr. HARMOUCHE Hicham  
Pr. HANAFI Sidi Mohamed\*  
Pr. IDRIS LAHLOU Amine\*  
Pr. JROUNDI Laila  
Pr. KARMOUNI Tariq  
Pr. KILI Amina  
Pr. KISRA Hassan  
Pr. KISRA Mounir  
Pr. LAATIRIS Abdelkader\*  
Pr. LMIMOUNI Badreddine\*  
Pr. MANSOURI Hamid\*  
Pr. OUANASS Abderrazzak  
Pr. SAFI Soumaya\*  
Pr. SEKKAT Fatima Zahra  
Pr. SOUALHI Mouna  
Pr. TELLAL Saïda\*  
Pr. ZAHRAOUI Rachida

**Octobre 2007**

Pr. ABIDI Khalid  
Pr. ACHACHI Leila  
Pr. ACHOUR Abdessamad\*

Pédiatrie  
Cardiologie  
Ophtalmologie  
Biophysique  
Microbiologie  
Cardiologie (mise en disponibilité)  
Pédiatrie  
Radiologie  
Chirurgie Cardio-vasculaire  
Parasitologie  
Rhumatologie  
Gynécologie Obstétrique  
Histo-Embryologie Cytogénétique  
Gynécologie Obstétrique

Anesthésie Réanimation

Rhumatologie  
Radiologie  
Hématologie  
O.R.L  
Biophysique  
Chirurgie - Pédiatrique  
Chirurgie Cardio - Vasculaire  
Gynécologie Obstétrique  
Cardiologie  
Cardiologie  
Anesthésie Réanimation  
Médecine Interne  
Anesthésie Réanimation  
Microbiologie  
Radiologie  
Urologie  
Pédiatrie  
Psychiatrie  
Chirurgie - Pédiatrique  
Pharmacie Galénique  
Parasitologie  
Radiothérapie  
Psychiatrie  
Endocrinologie  
Psychiatrie  
Pneumo - Phtisiologie  
Biochimie  
Pneumo - Phtisiologie



Réanimation médicale  
Pneumo phtisiologie  
Chirurgie générale

Pr. AIT HOUSSA Mahdi\*  
 Pr. AMHAJJI Larbi\*  
 Pr. AOUI Sarra  
 Pr. BAITE Abdelouahed\*  
 Pr. BALOUCH Lhousaine\*  
 Pr. BENZIANE Hamid\*  
 Pr. BOUTIMZINE Nourdine  
 Pr. CHARKAOUI Naoual\*  
 Pr. EHIRCHIOU Abdelkader\*  
 Pr. ELABSI Mohamed  
 Pr. EL MOUSSAOUI Rachid  
 Pr. EL OMARI Fatima  
 Pr. GHARIB Noureddine  
 Pr. HADADI Khalid\*  
 Pr. ICHOU Mohamed\*  
 Pr. ISMAILI Nadia  
 Pr. KEBDANI Tayeb  
 Pr. LALAOUI SALIM Jaafar\*  
 Pr. LOUZI Lhousain\*  
 Pr. MADANI Naoufel  
 Pr. MAHI Mohamed\*  
 Pr. MARC Karima  
 Pr. MASRAR Azlarab  
 Pr. MRABET Mustapha\*  
 Pr. MRANI Saad\*  
 Pr. OUZZIF Ez zohra\*  
 Pr. RABHI Monsef\*  
 Pr. RADOUANE Bouchaib\*  
 Pr. SEFFAR Myriame  
 Pr. SEKHSOKH Yessine\*  
 Pr. SIFAT Hassan\*  
 Pr. TABERKANET Mustafa\*  
 Pr. TACHFOUTI Samira  
 Pr. TAJDINE Mohammed Tariq\*  
 Pr. TANANE Mansour\*  
 Pr. TLIGUI Houssain  
 Pr. TOUATI Zakia

### Décembre 2007

Pr. DOUHAL ABDERRAHMAN

### Décembre 2008

Pr ZOUBIR Mohamed\*  
 Pr TAHIRI My El Hassan\*

Chirurgie cardio vasculaire  
 Traumatologie orthopédie  
 Parasitologie  
 Anesthésie réanimation **Directeur ERSM**  
 Biochimie-chimie  
 Pharmacie clinique  
 Ophtalmologie  
 Pharmacie galénique  
 Chirurgie générale  
 Chirurgie générale  
 Anesthésie réanimation  
 Psychiatrie  
 Chirurgie plastique et réparatrice  
 Radiothérapie  
 Oncologie médicale  
 Dermatologie  
 Radiothérapie  
 Anesthésie réanimation  
 Microbiologie  
 Réanimation médicale  
 Radiologie  
 Pneumo phtisiologie  
 Hématologie biologique  
 Médecine préventive santé publique et hygiène  
 Virologie  
 Biochimie-chimie  
 Médecine interne  
 Radiologie  
 Microbiologie  
 Microbiologie  
 Radiothérapie  
 Chirurgie vasculaire périphérique  
 Ophtalmologie  
 Chirurgie générale  
 Traumatologie orthopédie  
 Parasitologie  
 Cardiologie



Ophtalmologie

Anesthésie Réanimation  
 Chirurgie Générale

## **Mars 2009**

Pr. ABOUZAHIR Ali\*  
Pr. AGDR Aomar\*  
Pr. AIT ALI Abdelmounaim\*  
Pr. AIT BENHADDOU El hachmia  
Pr. AKHADDAR Ali\*  
Pr. ALLALI Nazik  
Pr. AMINE Bouchra  
Pr. ARKHA Yassir  
Pr. BELYAMANI Lahcen\*  
Pr. BJIJOU Younes  
Pr. BOUHSAIN Sanae\*  
Pr. BOUI Mohammed\*  
Pr. BOUNAIM Ahmed\*  
Pr. BOUSSOUGA Mostapha\*  
Pr. CHAKOUR Mohammed \*  
Pr. CHTATA Hassan Toufik\*  
Pr. DOGHMI Kamal\*  
Pr. EL MALKI Hadj Omar  
Pr. EL OUENNASS Mostapha\*  
Pr. ENNIBI Khalid\*  
Pr. FATHI Khalid  
Pr. HASSIKOU Hasna \*  
Pr. KABBAJ Nawal  
Pr. KABIRI Meryem  
Pr. KARBOUBI Lamya  
Pr. L'KASSIMI Hachemi\*  
Pr. LAMSAOURI Jamal\*  
Pr. MARMADE Lahcen  
Pr. MESKINI Toufik  
Pr. MESSAOUDI Nezha \*  
Pr. MSSROURI Rahal  
Pr. NASSAR Ittimade  
Pr. OUKERRAJ Latifa  
Pr. RHORFI Ismail Abderrahmani \*

## **PROFESSEURS AGREGES :**

### **Octobre 2010**

Pr. ALILOU Mustapha  
Pr. AMEZIANE Taoufiq\*  
Pr. BELAGUID Abdelaziz  
Pr. BOUAITY Brahim\*  
Pr. CHADLI Mariama\*  
Pr. CHEMSI Mohamed\*  
Pr. DAMI Abdellah\*  
Pr. DARBI Abdellatif\*  
Pr. DENDANE Mohammed Anouar  
Pr. EL HAFIDI Naima  
Pr. EL KHARRAS Abdennasser\*

Médecine interne  
Pédiatrie  
Chirurgie Générale  
Neurologie  
Neuro-chirurgie  
Radiologie  
Rhumatologie  
Neuro-chirurgie  
Anesthésie Réanimation  
Anatomie  
Biochimie-chimie  
Dermatologie  
Chirurgie Générale  
Traumatologie orthopédique  
Hématologie biologique  
Chirurgie vasculaire périphérique  
Hématologie clinique  
Chirurgie Générale  
Microbiologie  
Médecine interne  
Gynécologie obstétrique  
Rhumatologie  
Gastro-entérologie  
Pédiatrie  
Pédiatrie  
Microbiologie *Directeur Hôpital My Ismail*  
Chimie Thérapeutique  
Chirurgie Cardio-vasculaire  
Pédiatrie  
Hématologie biologique  
Chirurgie Générale  
Radiologie  
Cardiologie  
Pneumo-phtisiologie



Anesthésie réanimation  
Médecine interne  
Physiologie  
ORL  
Microbiologie  
Médecine aéronautique  
Biochimie chimie  
Radiologie  
Chirurgie pédiatrique  
Pédiatrie  
Radiologie

Pr. EL MAZOUZ Samir  
Pr. EL SAYEGH Hachem  
Pr. ERRABIH Ikram  
Pr. LAMALMI Najat  
Pr. MOSADIK Ahlam  
Pr. MOUJAHID Mountassir\*  
Pr. NAZIH Mouna\*  
Pr. ZOUAIDIA Fouad

### Mai 2012

Pr. AMRANI Abdelouahed  
Pr. ABOUELALAA Khalil\*  
Pr. BELAIZI Mohamed\*  
Pr. BENCHEBBA Driss\*  
Pr. DRISSI Mohamed\*  
Pr. EL ALAOUI MHAMDI Mouna  
Pr. EL KHATTABI Abdessadek\*  
Pr. EL OUAZZANI Hanane\*  
Pr. ER-RAJI Mounir  
Pr. JAHID Ahmed  
Pr. MEHSSANI Jamal\*  
Pr. RAISSOUNI Maha\*

### Février 2013

Pr. AHID Samir  
Pr. AIT EL CADI Mina  
Pr. AMRANI HANCHI Laila  
Pr. AMOUR Mourad  
Pr. AWAB Almahdi  
Pr. BELAYACHI Jihane  
Pr. BELKHADIR Zakaria Houssain  
Pr. BENCHEKROUN Laila  
Pr. BENKIRANE Souad  
Pr. BENNANA Ahmed\*  
0.  
Pr. BENSghir Mustapha\*  
Pr. BENYAHIA Mohammed\*  
Pr. BOUATIA Mustapha  
Pr. BOUABID Ahmed Salim\*  
Pr. BOUTARBOUCH Mahjouba  
Pr. CHAIB Ali\*  
Pr. DENDANE Tarek  
Pr. DINI Nouzha\*  
Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Mohamed Ali  
Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Najwa  
Pr. ELFATEMI Nizare  
Pr. EL GUERROUJ Hasnae  
Pr. EL HARTI Jaouad

Chirurgie plastique et réparatrice  
Urologie  
Gastro entérologie  
Anatomie pathologique  
Anesthésie Réanimation  
Chirurgie générale  
Hématologie biologique  
Anatomie pathologique

Chirurgie Pédiatrique  
Anesthésie Réanimation  
Psychiatrie  
Traumatologie Orthopédique  
Anesthésie Réanimation  
Chirurgie Générale  
Médecine Interne  
Pneumophtisiologie  
Chirurgie Pédiatrique  
Anatomie pathologique  
Psychiatrie  
Cardiologie



Pharmacologie – Chimie  
Toxicologie  
Gastro-Entérologie  
Anesthésie Réanimation  
Anesthésie Réanimation  
Réanimation Médicale  
Anesthésie Réanimation  
Biochimie-Chimie  
Hématologie biologique  
Informatique Pharmaceutique

Anesthésie Réanimation  
Néphrologie  
Chimie Analytique et Bromatologie  
Traumatologie Orthopédie  
Anatomie  
Cardiologie  
Réanimation Médicale  
Pédiatrie  
Anesthésie Réanimation  
Radiologie  
Neuro-Chirurgie  
Médecine Nucléaire  
Chimie Thérapeutique

Pr. EL JOUDI Rachid\*  
 Pr. EL KABABRI Maria  
 Pr. EL KHANNOUSSI Basma  
 Pr. EL KHLOUFI Samir  
 Pr. EL KORAICHI Alae  
 Pr. EN-NOUALI Hassane\*  
 Pr. ERRGUIG Laila  
 Pr. FIKRI Meryim  
 Pr. GHFIR Imade  
 Pr. IMANE Zineb  
 Pr. IRAQI Hind  
 Pr. KABBAJ Hakima  
 Pr. KADIRI Mohamed\*  
 Pr. LATIB Rachida  
 Pr. MAAMAR Mouna Fatima Zahra  
 Pr. MEDDAH Bouchra  
 Pr. MELHAOUI Adyl  
 Pr. MRABTI Hind  
 Pr. NEJJARI Rachid  
 Pr. OUBEJJA Houda  
 Pr. OUKABLI Mohamed\*  
 Pr. RAHALI Younes  
 Pr. RATBI Ilham  
 Pr. RAHMANI Mounia  
 Pr. REDA Karim\*  
 Pr. REGRAGUI Wafa  
 Pr. RKAIN Hanan  
 Pr. ROSTOM Samira  
 Pr. ROUAS Lamiaa  
 Pr. ROUIBAA Fedoua\*  
 Pr. SALIHOUN Mouna  
 Pr. SAYAH Rochde  
 Pr. SEDDIK Hassan\*  
 Pr. ZERHOUNI Hicham  
 Pr. ZINE Ali\*

Toxicologie  
 Pédiatrie  
 Anatomie Pathologie  
 Anatomie  
 Anesthésie Réanimation  
 Radiologie  
 Physiologie  
 Radiologie  
 Médecine Nucléaire  
 Pédiatrie  
 Endocrinologie et maladies métaboliques  
 Microbiologie  
 Psychiatrie  
 Radiologie  
 Médecine Interne  
 Pharmacologie  
 Neuro-chirurgie  
 Oncologie Médicale  
 Pharmacognosie  
 Chirurgie Pédiatrique  
 Anatomie Pathologique  
 Pharmacie Galénique  
 Génétique  
 Neurologie  
 Ophtalmologie  
 Neurologie  
 Physiologie  
 Rhumatologie  
 Anatomie Pathologique  
 Gastro-Entérologie  
 Gastro-Entérologie  
 Chirurgie Cardio-Vasculaire  
 Gastro-Entérologie  
 Chirurgie Pédiatrique  
 Traumatologie Orthopédie

**Avril 2013**

Pr. EL KHATIB Mohamed Karim\*  
 Pr. GHOUNDALE Omar\*  
 Pr. ZYANI Mohammad\*

Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale  
 Urologie  
 Médecine Interne

*\*Enseignants Militaires*



## MARS 2014

ACHIR ABDELLAH  
BENCHAKROUN MOHAMMED  
BOUCHIKH MOHAMMED  
EL KABBAJ DRISS  
EL MACHTANI IDRISSE SAMIRA  
HARDIZI HOUYAM  
HASSANI AMALE  
HERRAK LAILA  
JANANE ABDELLA TIF  
JEAIDI ANASS  
KOUACH JAOUAD  
LEMNOUER ABDELHAY  
MAKRAM SANAA  
OULAHYANE RACHID  
RHISSASSI MOHAMED JMFAR  
SABRY MOHAMED  
SEKKACH YOUSSEF  
TAZL MOUKBA. :LA.KLA.

\*Enseignants Militaires

## DECEMBRE 2014

ABILKACEM RACHID'  
AIT BOUGHIMA FADILA  
BEKKALI HICHAM  
BENAZZOU SALMA  
BOUABDELLAH MOUNYA  
BOUCHRIK MOURAD  
DERRAJI SOUFIANE  
DOBLALI TAOUFIK  
EL AYOUBI EL IDRISSE ALI  
EL GHADBANE ABDEDAIM HATIM  
EL MARJANY MOHAMMED  
FEJJAL NAWFAL  
JAHIDI MOHAMED  
LAKHAL ZOUHAIR  
OUDGHIRI NEZHA  
Rami Mohamed  
SABIR MARIA  
SBAI IDRISSE KARIM

\*Enseignants Militaires

Chirurgie Thoracique  
Traumatologie- Orthopédie  
Chirurgie Thoracique  
Néphrologie  
Biochimie-Chimie  
Histologie- Embryologie-Cytogénétique  
Pédiatrie  
Pneumologie  
Urologie  
Hématologie Biologique  
Génécologie-Obstétrique  
Microbiologie  
Pharmacologie  
Chirurgie Pédiatrique  
CCV  
Cardiologie  
Médecine Interne  
Génécologie-Obstétrique

Pédiatrie  
Médecine Légale  
Anesthésie-Réanimation  
Chirurgie Maxillo-Faciale  
Biochimie-Chimie  
Parasitologie  
Pharmacie Clinique  
Microbiologie  
Anatomie  
Anesthésie-Réanimation  
Radiothérapie  
Chirurgie Réparatrice et Plastique  
O.R.L  
Cardiologie  
Anesthésie-Réanimation  
Chirurgie Pédiatrique  
Psychiatrie  
Médecine préventive, santé publique et Hyg.



## AOUT 2015

Meziane meryem  
Tahri latifa

Dermatologie  
Rhumatologie

## JANVIER 2016

BENKABBOU AMINE  
EL ASRI FOUAD  
ERRAMI NOUREDDINE  
NITASSI SOPHIA

Chirurgie Générale  
Ophtalmologie  
O.R.L  
O.R.L

## **2- ENSEIGNANTS – CHERCHEURS SCIENTIFIQUES**

### PROFESSEURS / PRs. HABILITES

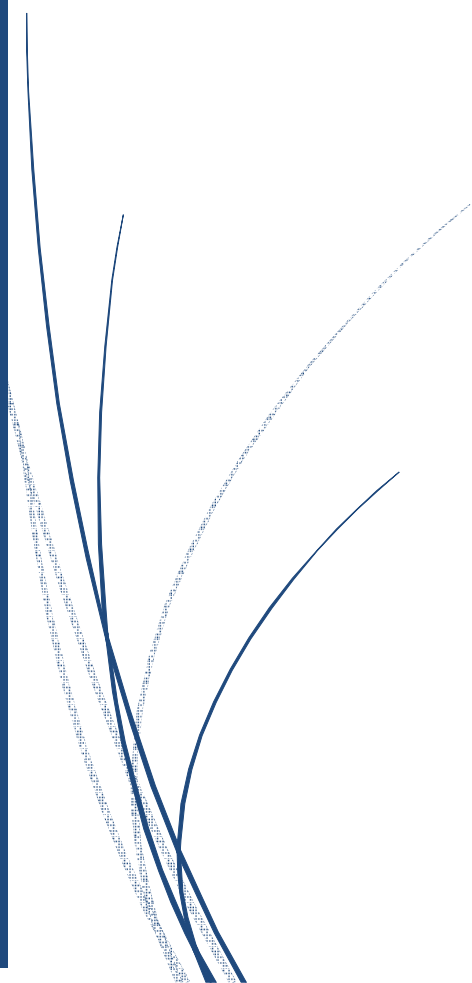
|                                  |  |
|----------------------------------|--|
| Pr. ABOUDRAR Saadia              | Physiologie                            |
| Pr. ALAMI OUHABI Naima           | Biochimie – chimie                     |
| Pr. ALAOUI KATIM                 | Pharmacologie                          |
| Pr. ALAOUI SLIMANI Lalla Naïma   | Histologie-Embryologie                 |
| Pr. ANSAR M'hammed               | Chimie Organique et Pharmacie Chimique |
| Pr. BOUHOUCHE Ahmed              | Génétique Humaine                      |
| Pr. BOUKLOUZE Abdelaziz          | Applications Pharmaceutiques           |
| Pr. BOURJOUANE Mohamed           | Microbiologie                          |
| Pr. CHAHED OUAZZANI Lalla Chadia | Biochimie – chimie                     |
| Pr. DAKKA Taoufiq                | Physiologie                            |
| Pr. DRAOUI Mustapha              | Chimie Analytique                      |
| Pr. EL GUESSABI Lahcen           | Pharmacognosie                         |
| Pr. ETTAIB Abdelkader            | Zootchnie                              |
| Pr. FAOUZI Moulay El Abbes       | Pharmacologie                          |
| Pr. HAMZAOUI Laila               | Biophysique                            |
| Pr. HMAMOUCHE Mohamed            | Chimie Organique                       |
| Pr. IBRAHIMI Azeddine            | Biologie moléculaire                   |
| Pr. KHANFRI Jamal Eddine         | Biologie                               |
| Pr. OULAD BOUYAHYA IDRISSE Med   | Chimie Organique                       |
| Pr. REDHA Ahlam                  | Chimie                                 |
| Pr. TOUATI Driss                 | Pharmacognosie                         |
| Pr. ZAHIDI Ahmed                 | Pharmacologie                          |
| Pr. ZELLOU Amina                 | Chimie Organique                       |

Mise à jour le 14/12/2016 par le  
Service des Ressources Humaines





# *DEDICACES*



***A Mon Père Boumehti Mustapha, Et à ma Mère Aziza Smahi :***

*Aucun mot ne peut exprimer ma gratitude et mon amour envers vous.*

*Que Dieu vous garde et vous protège.*

***A Mon frère Boumehti Ahmed :***

*Que votre amour fraternel demeure !*

***Spécial remerciement pour mes ami(e)s :***

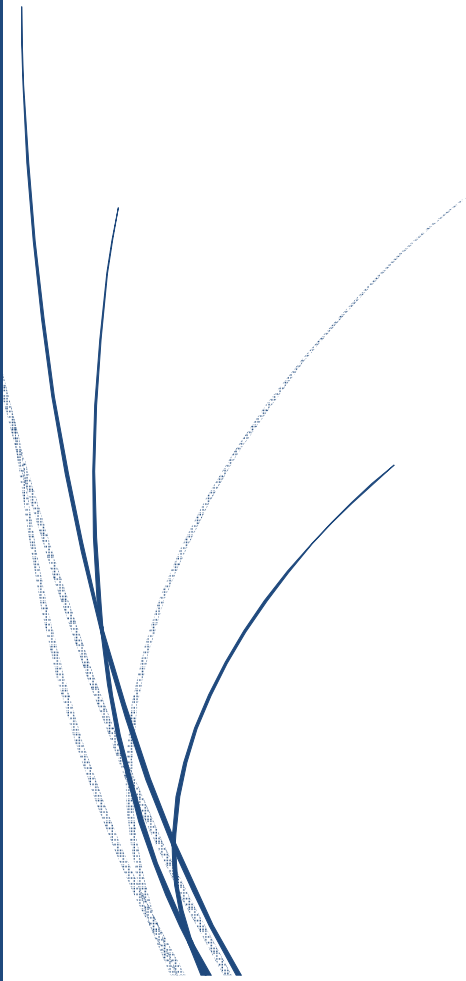
*Yahya, Zakaria, Nizar, Moiz , Sophia, Ben Dali, Adib, Krimech (s) Saad ,  
Loubna, Hala, Pablo, Anass, Tarik, Malki ..*

***A Madame Assila:***

*Tel nom, tel caractère.*



# *REMERCIEMENTS*



***A notre Maître, Président du Jury et rapporteur ,***

***Monsieur BENCHEKROUN Abdellatif***

***Professeur de chirurgie viscérale.***

***Chef de service des urgences de l'hôpital Avicenne.***

*En témoignant de votre abnégation et votre dévouement.*

*Veillez accepter l'expression de notre gratitude et haute considération  
pour votre soutien durant ces trois dernières années.*

***A notre Maître et Jury de thèse,  
Monsieur EL OUNANI Mohamed  
Professeur de chirurgie viscérale.***

***Service des urgences chirurgicales, Avicenne, Rabat***

*C'est pour nous un immense honneur d'accepter de juger notre travail.*

*Puisse ce travail être pour nous l'occasion de vous exprimer notre gratitude et notre dévouement.*

***A notre Maître et juge de thèse,  
Monsieur EL MAHJOUR ECHARRAB  
Professeur de chirurgie viscérale.***

***Service des urgences viscérales, Hôpital Avicenne. Rabat***

*Nous vous remercions de nous avoir fait l'honneur d'accepter de prendre place au sein de ce jury de thèse.*

*Nous sommes très reconnaissants de la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de juger notre travail.*

*Nous tenons à vous exprimer tout notre respect.*

***A notre maître et juge de thèse***

***Monsieur le professeur Meryem FIKRI***

***Professeur de Radiologie***

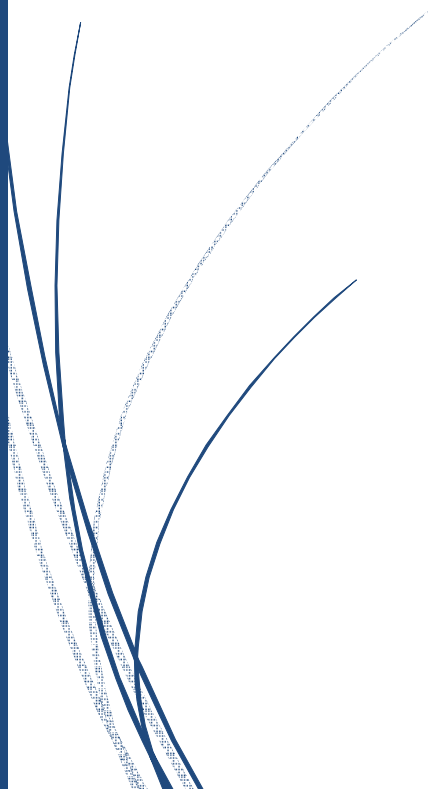
*Nous sommes très honorés de vous avoir parmi ce jury de thèse.*

*Puisse ce travail témoigner de ma reconnaissance et de l'estime que je porte à votre personne.*

*Veillez croire à nos sincères remerciements.*



# *Sommaire*



|  |    |
|--|----|
| <b>Introduction</b> .....                  | 1  |
| <b>Etymologie et historique</b> .....      | 3  |
| <b>Matériels et méthodes</b> .....         | 5  |
| <b>Discussion</b> .....                    | 14 |
| 1- Les différents types des bézoards ..... | 15 |
| 2- Epidémiologie .....                     | 15 |
| 3- Physiopathogénie .....                  | 16 |
| 4- Etiopathogénie .....                    | 17 |
| 5- Formes cliniques .....                  | 18 |
| 6- Facteurs favorisants .....              | 19 |
| 7- Le diagnostic .....                     | 19 |
| A - L'interrogatoire .....                 | 19 |
| B - Les signes fonctionnels .....          | 20 |
| C - Les signes physiques .....             | 20 |
| D - Le bilan paraclinique .....            | 21 |
| E - Les complications .....                | 27 |
| F - Formes cliniques .....                 | 28 |

|                                    |    |
|------------------------------------|----|
| 8 - Le traitement .....            | 30 |
| - Le traitement médical .....      | 30 |
| - Le traitement endoscopique ..... | 30 |
| - Le traitement chirurgical .....  | 32 |
| <b>Conclusion</b> .....            | 37 |
| <b>Résumé</b> .....                | 39 |
| <b>Bibliographie</b> : .....       | 43 |



# *Introduction*

Le «Bézoard» désigne une affection secondaire à l'accumulation sous forme de masses solides ou de concrétions, de substances ingérées de diverses natures à l'intérieur du tube digestif et plus particulièrement au niveau de l'estomac. Il affecte essentiellement les sujets jeunes de sexe féminin ayant des troubles psychologiques.

Le trichobézoard est défini par la présence d'un corps étranger intragastrique ou intestinal formé par des cheveux ou des fibres textiles.

La symptomatologie clinique est très variée et le diagnostic est souvent suspecté à la radiologie et à l'endoscopie.

Le traitement est le plus souvent chirurgical associé à une prise en charge psychologique.

Nous rapportons le cas d'un trichobézoard chez une jeune patiente référée aux urgences de l'hôpital Avicenne de Rabat,



# *Etymologie et historique*

Le mot trichobézoard est composé de deux mots : Tricho et bézoard,

Le bézoard : du persan ( pädzch ) : chasse-poison. Est un nom donné aux concrétions calculeuses se formant dans l'estomac ou les intestins et les voies urinaires de certains mammifères,

Tricho du grec ancien (thrix, trikhos) « poil, cheveu »

On distingue deux types principaux du bézoard : L'oriental et l'occidental **(1)**

Le bézoard oriental était le plus recherché et le plus précieux, symbole de la richesse, il provenait de la gazelle des Indes, le type occidental était fourni par des herbivores, chamois, chèvres sauvages du Pérou ou de l'Amérique du Nord. **(2)**

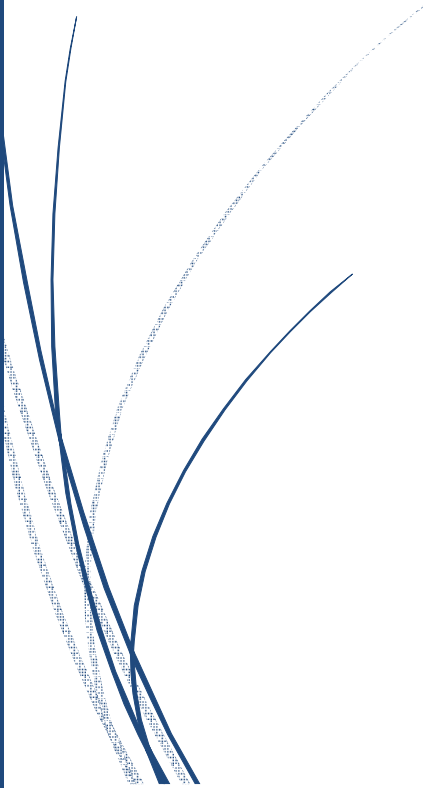
Ces substances avaient du 12 -ème au 18 -ème siècle la réputation de prévenir ou de guérir certaines maladies : morsures de serpents, l'épilepsie, la lèpre **(3)**

L'inefficacité de ce remède a été prouvée par Ambroise Paré après avoir essayé le bézoard sur un condamné à mort, à qui on avait fait prendre simultanément du bézoard animal et du sublimé. **(4)**

Le premier cas du trichobézoard a été décrit en 1854 par Swain en post mortem **(5)**, et opéré -par Schonbern en 1883 **(6)**



# *Matériels et méthodes*



Nous rapportons dans ce travail un cas clinique à propos d'une patiente admise aux urgences à l'hôpital Avicenne.

***Observation du malade :***

Il s'agit d'une patiente âgée de 16 ans, suivie pour anémie ferriprive sous traitement substitutif, qui consulte pour des vomissements, et douleurs abdominales.

L'interrogatoire rapporte une notion de trichophagie.

L'examen clinique retrouve une masse épigastrique dure, associé à une plaque d'alopecie du cuir chevelu,

Au bilan biologique, on trouve une alcalose hypochlorémique, une hyponatrémie et une insuffisance rénale,

La protéine C réactive était augmentée à 46,90 mg/l.

**L'Abdomen sans préparation :** objectivait une masse dense se projetant sur l'aire gastrique.

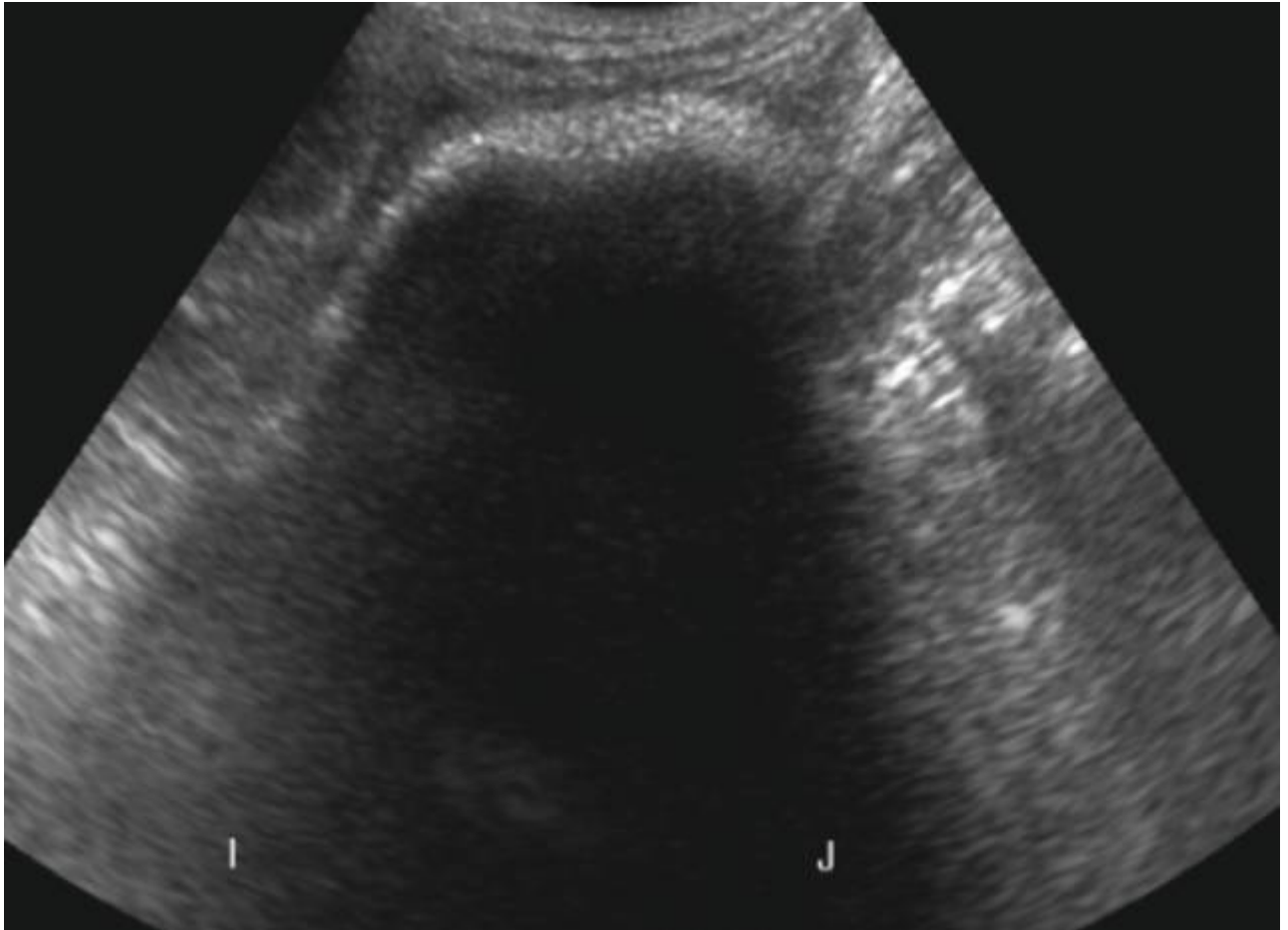


**Abdomen sans préparation réalisé à l'admission de la patiente objectivant une masse gastrique avec effet de masse sur le colon, et une dilatation intestinale.**

## **L'échographie abdominale**

Au niveau épigastrique :

Présence d'une masse hyperéchogène étendue jusqu'à l'hypochondre gauche avec un net cône d'ombre postérieur.



**Image hyperéchogène avec un cône d'ombre postérieur.**

### **La tomодensitométrie :**

Formation ovoïde occupant la quasi-totalité de la lumière gastrique étendue au duodénum et jusqu'à la première anse jéjunale.

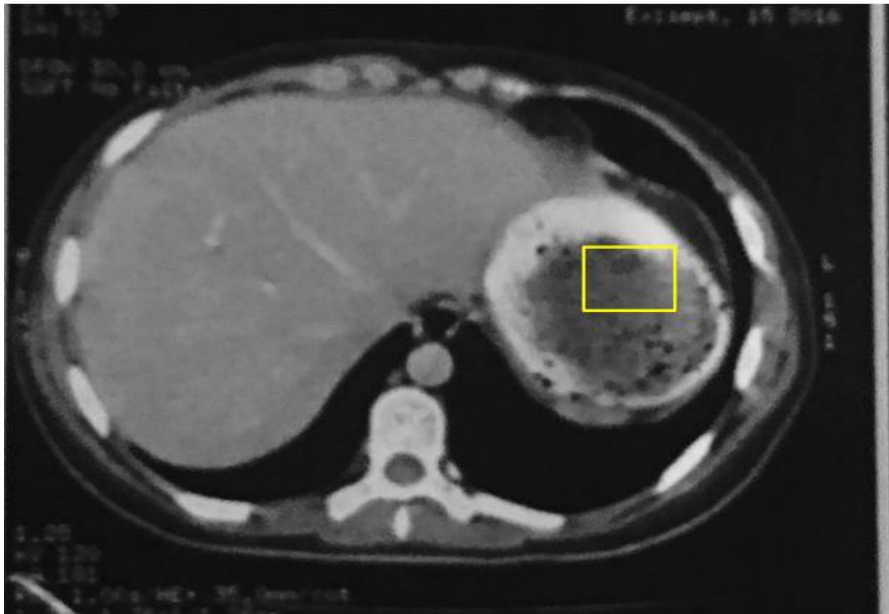
Densité hétérogène mixte aérique et tissulaire composée d'anneaux concentriques, entourée de produit de contraste et sans attache pariétale.

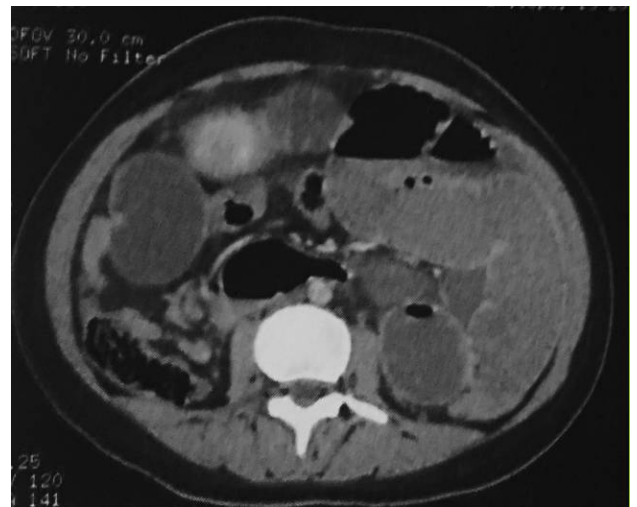
Densité comparable au granité stercoral (fèces sign +++)

Syndrome occlusif mécanique de la région gastro-duodéno-jéjunale = syndrome jonctionnel.

Anses grêliques dilatées en aval.

Épaississement pariétal circonférentiel, régulier et rehaussé par le produit de contraste





**Aspect tomodensitométrique en faveur d'un trichobézoard arrivant à la première anse jéjunale**

Compte rendu opératoire :

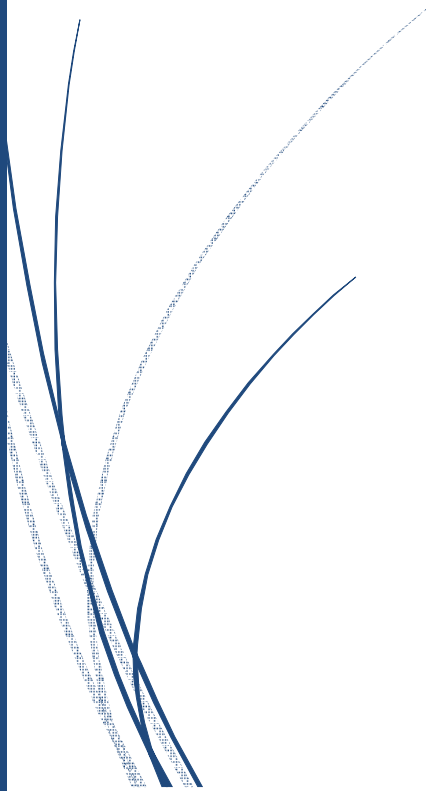
- Incision médiane sus ombilicale élargie en sous ombilicale
- Exploration : Estomac dilaté siège d'un corps étranger occupant la totalité de l'estomac
- Dilatation grêlique en amont du corps étranger s'étendant a 1,5 centimètre de l'angle de Treitz
- Extraction du bézoard gastrique à travers une gastrotomie, puis fermeture de cette dernière.
- Extraction du bézoard grêlique à travers une entérotomie.
- Fermeture de l'entérotomie.
- Lavage péritonéal.
- Epiploplastie de la gastrotomie.
- Drainage des culs de sacs.
- Fermeture plan par plan.



**Le trichobézoard après son extraction.**



# *Discussion*



## **1- Les différents types des bézoards :**

Les bézoards peuvent être classés en plusieurs catégories selon leurs compositions (2) :

- Le Phytobézoard : accumulation de particules d'aliments non digestibles retrouvées dans les fruits et les végétaux.
- Le Trichobézoard : composé de cheveux.
- Le Lactrobézoard : constitué par du lait non digéré,
- Le Pharmacobézoard : conglomération de médicaments dans le tractus oeso-intestinal
- Le Diospyrobezoard : fibres de persimmon ( fruit )

Le Trichophytobezoar : accumulation de résidus alimentaire et de cheveux (7)

## **2- Epidémiologie :**

### ***La fréquence :***

Le trichobézoard est une affection rare, 0,15% des corps étrangers gastro-intestinaux. (8)

Un seul cas de trichobézoard a été vu dans notre service depuis trois ans.

### ***Sexe et âge :***

Debakey et Oshner dans une série de trois cent onze cas de trichobézoard, ont révélé une prédominance du sexe féminin de 90 % des cas, dont 80 % de ces patientes avaient un âge inférieur à 30 ans. (9)

Pour Ouazzani et al cette affection se manifeste à deux pics d'âges différents : Le premier groupe se situe entre 2 et 6 ans et le second en fin d'adolescence et chez le jeune adulte. **(10)**

Le sujet de notre étude était de sexe féminin avec un âge inférieur à 30 ans.

***Localisation :***

Dans la majorité des cas, le trichobézoard a une localisation gastrique, l'atteinte intestinale est rare (approximativement dans 10 % des cas). **(11) et (12)**

L'atteinte peut être unique, touchant un seul segment du tube digestive, ou multiple avec atteinte simultanée des différentes parties du tractus gastro-intestinal. **(11)**

La localisation du trichobézoard de notre étude était double associant une localisation gastroduodénale à une localisation grêlique, cette dernière est certainement secondaire à une migration d'un fragment du trichobézoard gastrique dans l'intestin.

**3- Physiopathogénie :**

Le trichobézoard se forme quand les poils échappent à la propulsion péristaltique, et s'enfoncent dans les plis de la muqueuse gastrique.

Au fur et à mesure que les cheveux s'accumulent, ils constituent une masse solide qui augmente progressivement de taille et provoque une atonie gastrique, la masse de cheveux devient encore plus collée et prend la forme de l'estomac **(13 ;14)**. La décomposition et la fermentation des matières grasses et les protéines des cheveux donnent au bézoard et à la respiration du patient une odeur putride. **(15)**

L'acidité de l'estomac dénature la protéine des cheveux et procure au bézoard sa couleur noire. (16 ;17)

#### **4- Etiopathogenie :**

Le trichobézoard atteint le plus souvent des patients ayant des troubles psychiatriques, à type de trichophagie et de trichotillomanie (18).

D'autres facteurs prédisposants psychologiques et environnementaux à type de perturbation émotionnelle, le non-désir d'enfant par les parents, la dépression et les maladies psychiatriques, les retardés mentaux et chez les prisonniers. (19),

Dans plus des 2/3 (8) des cas rapportés dans la littérature aucun trouble psychiatrique n'a été observé.

Il peut survenir aussi spontanément (20) chez les coiffeurs, les travailleurs de laine et les tisseurs de tapis.

##### ***La trichotillomanie :***

Est un trouble de contrôle des impulsions, avec l'incapacité de résister à l'impulsion de s'arracher les cheveux, les sourcils, les cils, la barbe et les poils de la région pubienne, soit consciemment inconsciemment.

Deux groupes de patients ont été identifiés : ceux qui arrachent les cheveux compulsivement pour contrôler un état d'anxiété (relief pullers) et ceux qui agissent impulsivement pour obtenir un effet agréable (gratification pullers) (21)

Il a été estimé qu'un enfant sur deux milles au niveau mondial souffre de la trichotillomanie, trente pour cent de ces enfants vont également souffrir de la trichophagie. (77)

Un pour cent de ces patients va développer un trichobézoard. (77 ;78)

L'interrogatoire rapport une notion de trichophagie. Présence de plaque d'alopecie du cuir chevelu.

## **5- Formes cliniques :**

Le syndrome Rapunzel : Fait référence à la princesse du conte du Grimm, séquestrée en haut de la tour, et qui grâce à sa longue chevelure permet au prince charmant de la rejoindre (22)

Ce syndrome est une forme rare du trichobézoard, certains auteurs le définissent comme un trichobézoard gastrique avec un prolongement qui s'étend jusqu'à la jonction iléo-caecale, (23 ;24), d'autres le décrivent comme étant un trichobézoard avec une longue queue, qui peut s'étendre jusqu'au jéjunum ou au-delà. (24)

Le bézoard peut se fragmenter en plusieurs morceaux constituant des masses satellites dans l'intestin. (25)

Notre patiente avait un trichobézoard gastrique prolongé au niveau du duodénum et qui s'est fragmenté pour donner une localisation grêlique constituant le syndrome de Rapunzel.

## **6- Facteurs favorisants :**

Certaines conditions cliniques peuvent favoriser le développement des trichobézoards : (7)

La gastroparésie d'origine diabétique.

La gastrectomie partielle.

La vagotomie.

Le syndrome de Guillan barré.

La myopathie dystrophique.

## **7- Le diagnostic :**

### **A - L'interrogatoire :**

L'interrogatoire à un intérêt capital dans l'orientation diagnostique du trichobézoard, il faut rechercher :

- Un terrain de trichotillomanie et de trichophagie.
- Des antécédents de troubles anxieux, de troubles obsessionnels compulsifs en particulier.
- Une personnalité fragile.
- Un terrain de pica ou d'onychophagie (26).
- Des troubles psychiatriques à type de dépression, névroses.

On note la présence de notion de trichophagie chez notre patiente.

## **B - Les signes fonctionnels :**

Le trichobézoard gastro-intestinal peut rester longtemps asymptomatique ou se manifester par des signes (27 ;28) non spécifiques par ordre de fréquence : (29)

Une gêne épigastrique

Des douleurs abdominales

Des nausées ou des vomissements

Un amaigrissement

Des troubles de transit a type de diarrhée ou de constipation.

Haleine fétide

## **C - Les signes physiques :**

À l'examen clinique, on note dans les cas les plus évolués, une masse abdominale dont les caractéristiques sont :

- Bien limitée.
- Lisse.
- Ferme.
- Indolore.
- Mobile à localisation épigastrique.
- Des crépitations peuvent être perçues en rapports avec le contenu pileux

Une alopecie lineaire ou circulaire avec des bords irreguliers, avec des cheveux cassés et déformés peut également être notée dans le cadre d'une pathologie psychiatrique.

Une paleur peut également être perçue en rapport avec l'anémie. (8 ;30)

## **D - Le bilan paraclinique :**

### ***La biologie :***

L'anémie peut être le mode révélateur du trichobézoard (31)

Debakey et Ochsner (9) ont rapporté que 62% de leurs patients présentent un taux d'hémoglobine inférieur à 10 gramme/décilitre, cette anémie est souvent hypochrome microcytaire.

L'anémie peut être expliquée par mécanismes : (32)

- 1- Une diminution des apports en fer chez ces patients souffrant d'un trouble du comportement alimentaire.
- 2- une hémorragie occulte due à l'irritation gastrique par le trichobézoard (gastrite ou ulcère),
- 3- Soit par la malabsorption.

Une anémie mégaloblastique a été rapportée secondaire à une malabsorption de la vitamine B12 (8)

Une hyperleucocytose à prédominance polynucléaire neutrophile. (33 ;34)

Une hypoprotidémie avec hypoalbuminémie : due soit au syndrome de malabsorption due au trichobézoard ou au profil psychique du malade.

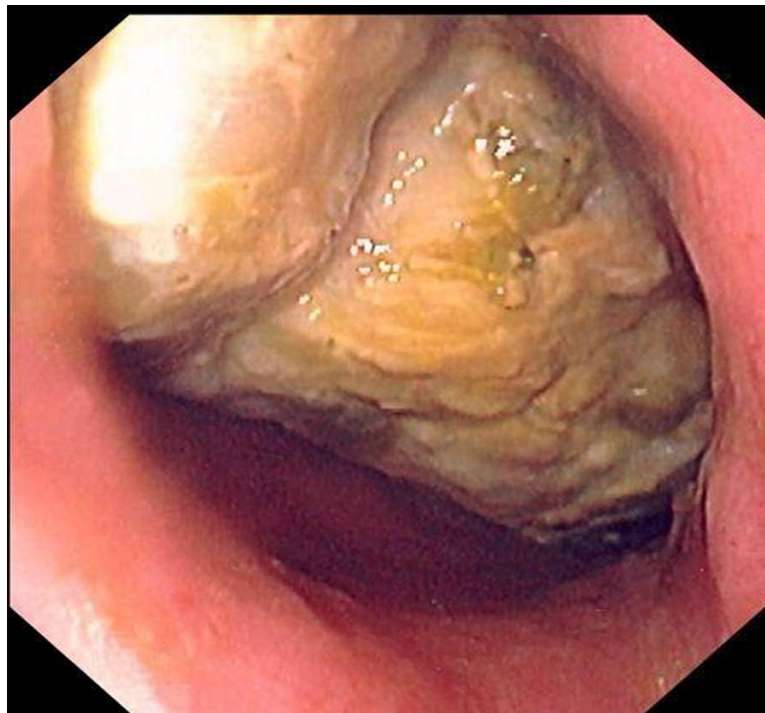
3/ La vitesse de sédimentation : Peut-être élevée, surtout dans les formes compliquées. (35)

4/ La bilirubine et la lipasémie peuvent être augmentées dans les cas compliqués. (36)

***L'endoscopie haute :***

La fibroscopie œsogastroduodénale est la technique de choix dans les formes gastriques localisées et de petite taille, elle permet à la fois le diagnostic et l'extraction du corps étranger (37 ;38).

Dans le trichobézoard géant, la fibroscopie est insuffisante car elle ne permet pas d'évaluer l'extension au niveau vers les anses jéjuno-iléales (37 ;38), Dans ces cas l'imagerie retrouve tout son intérêt.



## **Le bilan radiologique :**

### ***L'échographie abdominale :***

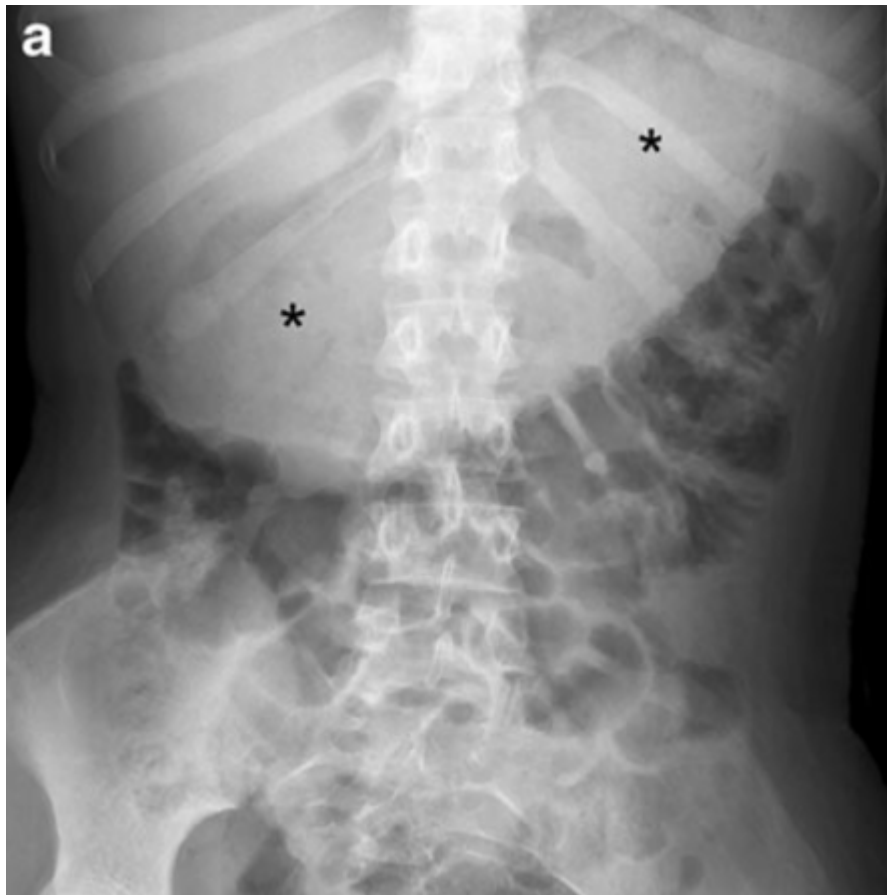
Est la technique de première intention pour l'évaluation des tumeurs abdominales (39)

Le trichobézoard se présente sous forme d'une masse hyperéchogène avec un cône d'ombre postérieur occupant la région épigastrique (40 ;41 ;42 ;43 ;44). Le diagnostic différentiel peut se poser avec les masses calcifiées en particulier le kyste hydatique de type V, Dans ce dernier cas, l'abdomen sans préparation permet de redresser le diagnostic.

### ***L'abdomen sans préparation :***

Les anomalies pouvant être observées sur le cliché sans préparations sont à type de masses arrondies denses ou hétérogènes avec ou sans calcifications se projetant sur l'aire gastrique

Cet aspect a été rapporté dans un tiers des cas (42).



**Abdomen sans préparation : Image hétérogène se projetant sur l'air gastrique avec effet de masse sur le colon transverse.**

***Le transit gastro-duodéal :***

Le transit œsogastroduodéal permet de poser le diagnostic de bézoard gastrique dans la totalité des cas et de préciser l'extension au niveau de l'intestin.

Des formes plus étendues arrivant à la dernière anse iléale ont été décrites (41).

Le trichobézoard se présente comme une image lacunaire aux bords nets, ou plus souvent sous la forme d'un défaut de remplissage inhomogène de l'estomac (43).

Quand la masse est bien imprégnée par la baryte, elle prend l'aspect de « mie de pain » assez caractéristique.

Un autre caractère essentiel est la mobilité du corps étranger selon les différentes positions du sujet (44).

Cette mobilité est faible ou absente dans le trichobézoard géant.

Le transit gastro-duodénal permet aussi de rechercher une image d'ulcère ou d'une dilatation gastrique (44 ;45).



Le transit gastro-duodénal objectivant une image lacunaire intragastrique

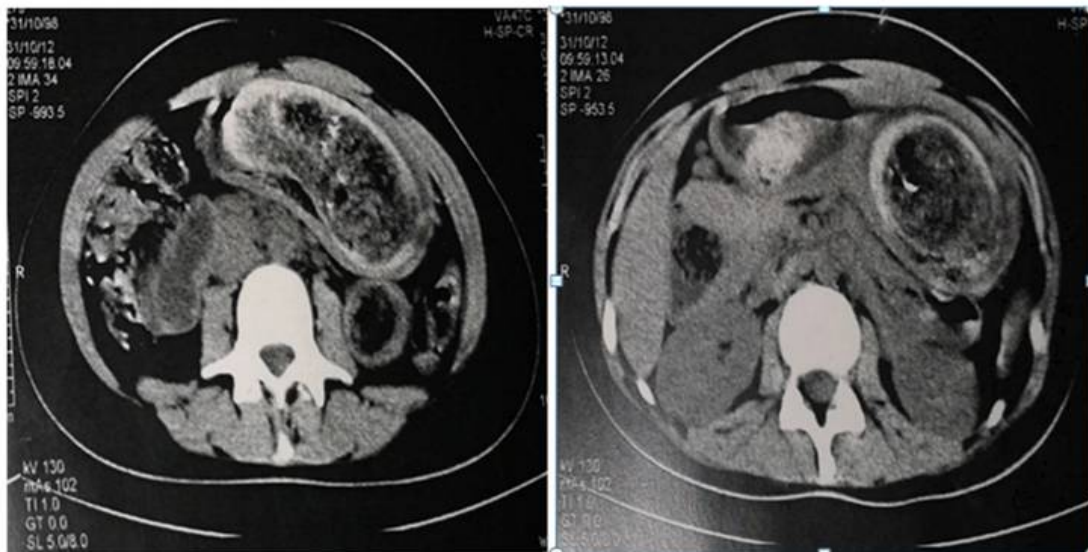
En cas de suspicion d'occlusion clinique et radiologique, la baryte est contre-indiquée l'opacification doit être réalisée avec les hydrosolubles.

Cet examen est actuellement abandonné au profit de la tomodensitométrie.

### ***La tomodensitométrie :***

Le trichobézoard apparaît sur la tomodensitométrie sous forme d'une masse de volume variable, hétérogène, occupant presque la totalité de la lumière gastrique et constituée d'une multitude de cercles concentriques de densités différentes réparties en bulbes d'oignon.

Deux signes pathognomoniques et constants sont la présence de bulles d'air minuscules dispersées au sein de la masse et l'absence de toute attache de celle-ci à la paroi gastrique (42 ;44 ;46).



Scanner abdominal en coupes axiales avec injection de produit de contraste : volumineuse masse occupant la totalité de la lumière gastrique, de densité hétérogène, non rehaussée au PDC et sans attache visible avec la muqueuse

### **Imagerie par résonance magnétique :**

L'imagerie par résonance magnétique permet également de faire le diagnostic. La masse est de signal variable selon sa composition en air, eau, graisse et résidus alimentaires en pondération T1 et T2 et ne prend pas le contraste après injection de gadolinium (44).

### **E - Les complications :**

Une complication peut être le mode de déclaration de la maladie (47) Il peut s'agir d'une :

1/ Une gastrite. (48)

2 / Hémorragie digestive haute due aux ulcérations pariétales,

Les ulcérations sont dues à une augmentation de la sécrétion acide au niveau de l'estomac et à l'irritation de la paroi. (48)

3 / Occlusion mécanique gastrique ou grêlique, (49)

4 / Perforation gastrique ou grêlique avec péritonite ou abcès sous-phrénique. (50 ;51)

5 / Fistule digestive (52 ;53)

6 / Une cholestase ou d'une pancréatite aiguë qui est due à une irritation et à une obstruction de l'ampoule de Vater par un prolongement du trichobézoard (syndrome de Rapunzel) (54 ;55)

D'autres complications plus rares peuvent survenir :

7 /Une ischémie de la paroi gastrique ou intestinale due à la compression de la paroi (54).

8 / Une diverticulite de Meckel (55)

9 / Une appendicite **(58)**

10 / Une gastrite chronique, la maladie de Ménétrier, une polypose gastrique. (60)

11 / Une stéatorrhée, une entéropathie exsudative (62)

12 / Une pneumatose kystique. (63)

13 / Syndrome de l'artère mésentérique supérieure **(64)**

14 / Un syndrome de malabsorption intestinal et gastrique (B 12) **(8)**

## **F - Formes cliniques :**

### ***A- Le syndrome de Rapunzel :***

#### Définition :

Le syndrome de Rapunzel est une forme rare du trichobézoard décrite pour la première fois par Vaughan et al. En 1968.

La définition de ce syndrome varie selon les auteurs. Il est décrit comme l'extension à travers le pylore d'un trichobézoard gastrique pouvant arriver jusqu'au cæcum ou comme l'association d'un bézoard gastrique et grêlique ou enfin comme un bézoard intestinal associé à une occlusion digestive. **(63)**

#### Les manifestations cliniques :

Les symptômes révélateurs d'apparition progressive sont peu spécifiques : une masse au niveau de la région épigastrique, douleurs abdominales, amaigrissement, anorexie, satiété épigastrique aggravée lors des repas, vomissements, œsophagite peptique, diarrhée ou constipation. **(63)**

L'irritation de la muqueuse gastro-intestinale par le bézoard induit des ulcères avec risque d'hémorragies et de perforations.

#### Complications :

L'occlusion intestinale survient par obstruction mécanique de la lumière digestive et télescopage des anses avec invagination. **(64)**

Notre patiente avait un syndrome de Rapunzel avec une localisation gastrique associée à un bézoard intestinal compliqué d'une occlusion digestive.

#### Classification :

Balik et al **(65)** proposent une classification en trois grades en fonction de l'obstruction intestinale :

Le premier grade : une obstruction partielle du grêle,

Le deuxième grade : une obstruction complète.

Le troisième grade : une obstruction complète avec nécrose, perforation et péritonite.

Le syndrome de Rapunzel peut se compliquer aussi par une pancréatite et un ictère par obstruction et irritation de l'ampoule de Water.

Les complications métaboliques sont à type d'anémie ferrièrre, hypoprotéïnémie et hypoalbuminémie par malabsorption **(66)**.

Notre patiente avait présenté une occlusion intestinale, avec une distension grêlique en amont des anses reliques sur la TDM.

### ***B- Les trichobézoards intestinaux :***

Les trichobézoards intestinaux sont le plus souvent secondaires à la migration du trichobézoard gastriques soit en entiers soit après sa fragmentation.

Le tableau clinique est représenté par une occlusion intestinale aiguë.

La radiographie de l'abdomen sans préparation montre des niveaux hydroaériques. (67)

La tomодensitométrie abdominale permet d'orienter le diagnostic étiologique avec une exploration topographique précise de tout le tube digestif. (68)

## **8 - Le traitement :**

L'extraction du trichobézoard est en fonction de sa taille, et de sa localisation, il peut être soit chirurgical ou bien endoscopique.

### **- Le traitement médical :**

A pour objectif la stabilisation de l'état général avec correction des éventuels troubles hydroélectrolytique, l'anémie et la dénutrition.

La papaïne associée à des enzymes pancréatiques utilisées habituellement pour la dissolution des phytobézoards ont été testées sans succès dans deux observations publiées dans la littérature. (69)

### **- Le traitement endoscopique :**

En outre son intérêt dans le diagnostic positif, l'endoscopie peut s'avérer utile dans le traitement des trichobézoards, (70)

Pour les bézoards de petits volumes, ils peuvent être retirés directement par l'endoscope de la même manière que n'importe quel corps étranger,

Les bézoards de taille moyenne peuvent être fragmentés mécaniquement à l'aide d'une pince à biopsie ou par une anse à polypectomie, les fragments peuvent être éliminés ensuite par lavage et aspiration. (71)

L'utilisation du bésotome - une pince équipée d'une aiguille de 15 mm modifiée – a été rapportée dans la littérature pour le traitement des trichobézoard de grandes tailles, l'évacuation totale à travers le tractus digestif est faite dans les 3 jours sans complications. (72 ;71)

Dans une étude chinoise concernant 100 cas, les trichobézoards ont été fragmentés par le laser mini explosion, avec un seul cas de perforation gastrique rapporté. (73)

D'autres moyens comme la lithotripsie extracorporelle et le laser ont été rapportés dans la littérature pour réduire la taille des trichobézoards mais avec une efficacité limitée. (74)

#### *Les complications :*

Lésions œsophagiennes ou gastriques iatrogènes dues aux passages itératifs de l'endoscope. (75)

Migration des fragments en distal avec risque d'occlusion du grêle.

#### *Les inconvénients :*

L'examen de l'intestin à la recherche de trichobézoards filles ne peut être effectué par voie endoscopique.

- **Le traitement chirurgical :**

Gorter et al dans une série rétrospective de 108 cas de trichobézoards rapportent un succès de 75 pour cent des cas par voie laparoscopique, et de cent pour cent par laparotomie.

A travers une laparoscopie :

Le bézoard est repéré par l'endoscope et évacué ensuite à travers une mini laparotomie.

Cette technique est avantagée par le court séjour à l'hôpital avec des suites opératoires favorables.

Et des meilleurs résultats esthétiques. **(76)**

Le tableau **(86)** suivant représente une comparaison entre des différentes études publiées à propos du traitement du trichobézoards à travers une laparoscopie en fonction de la taille, de la localisation et la conversion vers la laparotomie.

|                                   | Hernandez (82)     |                    | Meyer<br>(81)       | Palnivelu (85)     | Levy (83)         | Klem (84)           | Kanetaka<br>(79)   | Nirasawa<br>(80)   |
|-----------------------------------|--------------------|--------------------|---------------------|--------------------|-------------------|---------------------|--------------------|--------------------|
|                                   | Premier cas        | Deuxième cas       |                     |                    |                   |                     |                    |                    |
| Localisation                      | Gastro-duodéal     | Gastrique          | Gastrique           | Gastrique          | Gastrique         | Duodéno-<br>jégunal | Gastro-<br>duodéal | Gastro-<br>duodéal |
| Taille                            | Non<br>communiquée | Non<br>communiquée | Diamètre :<br>11 CM | Non<br>communiquée | 4,500 g           | Non<br>communiquée  | 100g               | 11*9*6 cm          |
| Bézoards filles                   | Non                | Non                | Non                 | Oui                | Non               | Oui                 | Non                | Non                |
| Temps<br>d'opération (min)        | 180                | 210                | 180                 | Non<br>communiqué  | Non<br>communiqué | Non<br>communiqué   | 120                | 300                |
| Association avec<br>l'endoscopie  | Non                | Non                | Non                 | Non                | Non               | Non                 | Oui                | Non                |
| Conversion vers<br>la laparotomie | Non                | Non                | Non                 | Non                | Oui               | Oui                 | Non                | Non                |

*Les inconvénients de cette technique :*

Une majoration du risque de survenue de la péritonite due à une augmentation du risque de la contamination péritonéale par les cheveux.

Ce risque peut être réduit par l'utilisation d'un endo-sac, dans lequel le bézoard est introduit avant son extraction, **(88)**.

Une possibilité limitée d'examiner le reste du tractus digestif à la recherche d'une masse satellite, ce qui peut conduire à une deuxième obstruction. **(86)**

A travers une laparotomie :

Permet l'extraction du trichobézoard gastrique à travers une gastrotomie, et les éventuels prolongements ou fragments bloqués à distance de l'estomac à travers une ou plusieurs entérotomies.

C'est une technique qui permet d'examiner tout le tube digestif, afin d'éviter une seconde intervention.

*Complications :*

Sont les complications usuelles de la laparotomie, à type d'infection de la paroi, l'iléus paralytique, la pneumonie, ...

Une perforation intestinale peut survenir durant l'extraction du trichobézoards, **(86)**



**Vue peropératoire : extraction du trichobézoard gastro-intestinal à travers une gastrotomie longitudinale**

Notre patiente a été également traitée par laparotomie associée à une entérotomie, les suites post-opératoires étaient favorables sans complications.

La mini-laparotomie :

A travers une incision de 5 cm, une gastrotomie est réalisée suivie d'une extraction du trichobézoard.

Avantages:

- La mini-laparotomie convient aux trichobézoards de grandes tailles. **(93)**
- Avantage esthétique.

Suivi psychologique :

Une prise en charge psychologique est indiquée afin d'éviter les récurrences, idéalement avant la survenue du bézoard chez les enfants ayant des antécédents digestifs importants.

Le traitement médical de la trichotillomanie repose sur les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la fluoxétine **(89)** avec une réponse variable selon les patients. **(90)**

Pronostic :

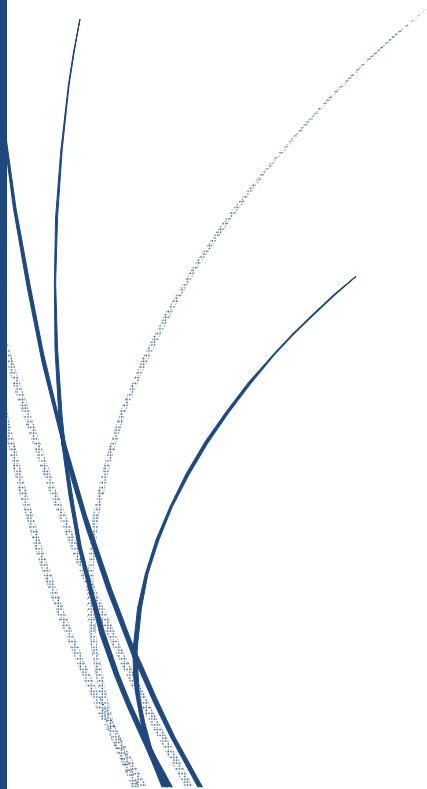
Le pronostic du trichobézoard est lié à la survenue des complications, plusieurs cas de décès ont été rapportés dans la littérature en rapport avec la perforation intestinale et au sepsis. **(91)**

A long terme, il existe un risque de récurrence si le traitement psychiatrique n'a pas été bien suivi. **(92)**

Notre patiente a été vue en consultation à 3 mois et 6 mois de l'acte chirurgical, une prise pondérale a été constatée avec une reprise alimentaire normale.



# *Conclusion*



*Le trichobézoard est défini par la présence d'un corps étranger intragastrique ou intestinal formé par des cheveux ou des fibres textiles.*

*Le diagnostic est suspecté devant la présence d'antécédents psychiatriques et orienté par un examen clinique minutieux*

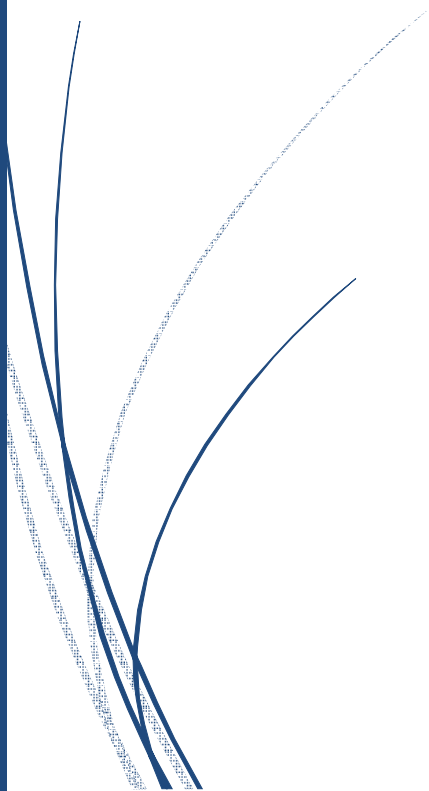
*La fibroscopie est l'examen paraclinique de choix, elle permet le diagnostic et l'extraction des bézoards de petite taille de localisation gastrique.*

*Le traitement repose essentiellement sur la chirurgie, la laparotomie associée à des éventuelles entérotomie représente le gold standard pour extraction et la recherche de d'autres bézoards filles.*

*La prise en charge psychologie est primordiale pour éviter le risque de récurrence.*



# *Résumé*



## Résumé

**Titre** : Le trichobézoard gastrique et intestinal.

**Auteur** : Boumehdi Ibrahim.

**Rapporteur** : Pr. Benchekroun Abdellatif.

**Mots clés** : Trichobézoard, Rapunzel , chirurgie .

Le trichobézoard est défini par la présence d'une masse constituée de cheveux dans le tractus gastro-intestinal située le plus souvent dans l'estomac. Il survient principalement chez les adolescentes ayant des antécédents de trichotillomanie et de trichophagie.

Nous rapportons un cas de trichobézoard chez une patiente de 16 ans, le tableau clinique était dominé par une occlusion intestinale subaiguë associée à une masse épigastrique chronique. La tomодensitométrie a permis d'évoquer le diagnostic du trichobézoard dans le cadre d'un syndrome de Rapunzel, confirmé en per-opératoire.

Le pronostic de cette affection est le plus souvent favorable néanmoins des complications peuvent survenir parfois létales,

Le traitement comporte un volet chirurgical avec deux temps opératoires : une gastrotomie et une entérotomie permettant l'extraction du trichobézoard et son prolongement intestinal, et un volet médical consistant en une prise en charge des troubles psychiques pour éviter toute récurrence.

Une revue de la littérature nous a permis de détailler la clinique et le rôle des techniques d'imagerie dans le diagnostic du trichobézoard, et de préciser ses complications et les différentes modalités thérapeutiques.

## Abstract

**Title:** Gastric and intestinal trichobezoar .

**Author:** Boumehdi Ibrahim.

**Supervisor:** Professeur Benchekroun Abdellatif

**Key words:** Trichobezoar, Rapunzel syndrome, Surgery.

The trichobezoar is defined as the presence of a mass constituted of hair in the gastrointestinal tract situated most of the time in the stomach. It involves mainly female teenagers with histories of trichotillomania and trichophagy.

We report a case of trichobezoar at a 16-year-old female patient, the clinical aspect was dominated by a subacute intestinal obstruction associated with a chronic epigastric mass,

The tomography suspected the diagnosis of a trichobezoar associated with a Rapunzel syndrome, this has been confirmed intraoperatively .

The prognosis of this affection is most of the time favourable, nevertheless complications can be seen, sometimes lethal.

The treatment has two components : Surgical part with enterotomy and gastrostomy allowing the trichobezoar extraction, and a medical part consisting in the management of the psychiatric disorders to avoid recurrences.

A review of the literature allowed us to detail the clinical and the role of each imaging technique in the diagnosis of trichobezoar and to clarify its complications and therapeutic modalities.

## ملخص

**العنوان :** البازهر الشعري في المعدة والمعاء

**المؤلف :** إبراهيم بومهدي.

**المشرف :** الاستاذ بن شقرون عبد اللطيف.

**الكلمات الأساسية :** البازهر الشعري، متلزمة رابنزل، الجراحة.

البازهر الشعري هو مصطلح يستخدم لوصف حالة تكون كتلة من الشعر في الجهاز الهضمي خصوصا في المعدة، ويصيب هذا المرض الإناث في عمر المراهقة اللواتي يعانين من هوس نتف الشعر و/أو أكله.

في هذه الطروحة، نصف حالة من البازهر الشعري عند مريضة ذات الستة عشر عاما، تعاني من انسداد معوي ما تحت الحاد مصحوب بكتلة شرسوفية.

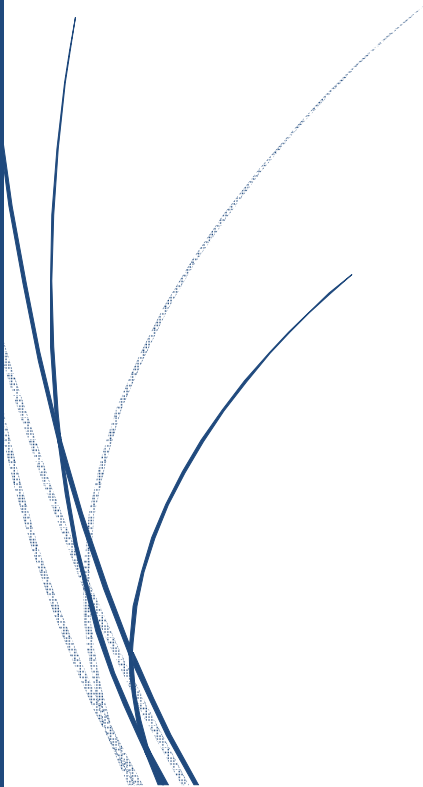
الفحص بالتصوير المقطعي مكن من تشخيص البازهر الشعري، مع تبيان متلزمة رابنزل . التطور النهائي للمرض إيجابي في أغلب الأحيان، لكن يمكن وقوع مضاعفات خطيرة قد تصل للوفاة.

علاج المرض يضم شطرين، شق جراحي عبر المعدة و المعاء لاستخراج البازهر، ومتابعة طبية للعراض النفسية لتجنب حدوث المرض مجددا.

من خلل بحث علمي في المجلة العلمية تمكنا من توضيح دور كل من التشخيص الكليني وتقنيات التصوير الشعاعي والمنظار في تشخيص مرض البازهر الشعري، و تحديد مضاعفاته، وتقنيات العلاج.



# *Bibliographie*



- [1] Dictionnaire de médecine, chirurgie, pharmacie, physique, chimie, histoire naturelle, ect, Page 262  
A. BECLARD, CHOMEL, D.M.P, H. CLOQUET , D.M.P , M. ORFILA
- [2] Dictionnaire d’Histoire de la Pharmacie (Editions Pharmathèmes, 2003)
- [3] S. Khattak and K. Asghar, “Trichobezoar,”  
Gomal Journal of Medical Sciences, vol. 2, no. 1, pp. 25–26, 2004
- [4] GAD FREUDENTHAL et SAMUEL KOTTEK  
Mélanges d'histoires de la médecine hébraïque p72 – 73
- [5] S. Mewa Kinoo, B.  
Singh, Gastric trichobezoar: an enduring intrigue  
Case Rep. Gastrointest. Med., 2012 (2012)
- [6] Hirugade S. T., Talpallikar M. C., Deshpande A. V., Gavali J. S.,  
Borwankar S. S.  
Rapunzel syndrome with a long tail.  
Indian Journal of Pediatrics. 2001;68(9):895–896
- [7] C.H. Andrus, J.L. Ponsky  
Bezoars: classification, pathophysiology, and treatment.  
Am J. Gastroenterol., 83 (5) (1988)
- [8] Hafsa.C et al  
TRICHOBEZOARD GEANT CHEZ L'ENFANT.PLACE DE L'ECHOGRAPHIE ET DU TRANSIT OESOGASTRODUODENAL.  
Journal de pediatrie et de périculture 18 ( 2005) 28-32.

- [9] M. Debakey, A. Ochsher  
 BEZOARDS AND CONCRETIONS: a comprehensive review of  
 literature with an analysis of 303 collected cases and presentation of  
 Eight additional cases  
 Surgery, 1938, 4: 934-963.
- [10] Ouazzani.O, Bataille.D, Dryjski.  
 ANEMIE FERRIPRIVE, PANCREATITE ET MASSE  
 EPIGASTRIQUE CHEZ UNE JEUNE PATIENTE : UNE  
 PRESENTATION CLINIQUE RARE D'UN VOLULINEUX  
 TRICHOBEZOAR GASTRIQUE  
 Revue médicale de Bruxelles.vol 30 (2009)
- [11] K. Hoover, J. Piotrowski, K.S. Pierre, A. Katz, A.M.  
 GoldsteinSimultaneous gastric and small intestinal trichobezoars—a  
 hairy problem  
 J. Pediatr. Surg., 41 (8) (2006), pp. 1495-1497
- [12] S. Khattak, A. Kamal,  
 TrichobezoarGomal  
 J. Med. Sci., 2 (1) (2004)
- [13] Marinetti P.:  
 Contribution à l'étude des trichobézoards  
 Thèse. Paris. 1957. No584

- [14] Philips MR, Zaheer S, Drugas GT.  
Gastric trichobezoar : case report and literature review  
Mayo clin. , Proc 1998, 73 :653-656
- [15] Sidhu BS, Shing G , Khanna S :  
Trichobezoar  
J.Indian Med Asooc. 1993; 91 :100-101
- [16] Sharma V, Sahi RP. , Misra NC .  
Gastrointestinal bezoar  
J Indian Med Associ 1991;89:338-339
- [17] O’Sullivan MJ, Mc Greal G, Walsh JG, Redmond HP.  
Trichobezoar JR  
Soc Med 2001; 94:68-70
- [18] Dalshaug GB, Wainer S, Hollaar GL.  
The Rapunzel syndrom (Trichobezoar) causing atypical intussusception  
in a child: A case report.  
J Pediatr Surg 1999;34:479–80
- [19] Moujahid M, Ziadi T, Ennafae I, Kechna H, Ouzzad O, Elkandry S.  
Un cas de trichobézoard gastrique.  
Pan Afr Med J 2011;9:19

- [20] DeBakey M, Ochsner A.  
Bezoars and concretions: comprehensive review of the literature with analysis of 303 cases and presentation of eight additional cases.  
Surgery 1938;4:934–63 (continued in Surgery 1939; 5: 132–210).
- [21] Pierre Schulz  
Traitement des troubles psychiatriques selon le DSM -5 et la CIM – 10  
volume 3 Page 562
- [22] B.Aulagne , J.-L. Michel , L.Harper, P.-P. Garnier, B.collignon, S.de Napoli-cocci  
Pseudo-intestinal intussusception: Rapunzel syndrome
- [23] Naik S, V. Gupta, Rangole A, AK. Chaudhary, P Jain, AK. Sharma,  
Syndrome de Rapunzel resvisé et redefini Dig Surg 2007; 24-161.
- [24] Kaspar A., Reeg KH, Schmidtk, R. Meister. Rapunzel Syndrome, une forme rare de trichobézoard intestinale Klin Padiatr 1999 ; 211 :0-422.
- [25] Palanivelu C, Rangarajan M, Senthilkumar R., Madankumar MV.  
Trichobezoars in the stomach and ileum and and their laparoscopy assisted removal: a bizarre case. Singapore Med J 2007; 48(2):e37
- [26] C. Roche, E. Guye, E. Coinde, C. Galambrun, C. Glastre, M. Halabi,O. Mory, J.-L. Stéphan  
Trichobézoard : à propos de 5 observationsFive cases of trichobezoars in children

- [27] Huge trichobezoar causing obstructive jaundice  
Ankit Verma,<sup>1</sup> Sourabh Sharma,<sup>1</sup> Gaurav Tyagi,<sup>1</sup> and Sugandha Singh<sup>2</sup>
- [28] Trichobezoar: a diagnosis which is hard to swallow and harder to digest  
Phani Bhushan Jeerigehalli Sanneerappa,<sup>1</sup> Hannah Marie Hayes,<sup>2</sup>  
Edwina Daly,<sup>2</sup> and Visalatchee n/a Moodley<sup>3</sup>
- [29] Ersoy Y., Ayan F., Ayan F., Ersan Y.  
Gastro-intestinal bezoars: thirty-five years experience.  
Acta Chir. Belg. 2009;109(2):198–203
- [30] Qureshi NH, Morris K, McDevitt B  
Trichobezoar--a condition to think of in case of mobile abdominal  
mass.  
Ir Med J. 1992 Jun; 85(2):74.
- [31] A.Ben Cheikh ; G.Gorincour ; F.Dugougeat-Pilleul ; S.Dupuis ;  
T.Basset ; J.P.Pracros  
Trichobézoard gastrique révélé par une anémie chez une adolescente :  
association échographie - imagerie par résonance magnétique (IRM)  
Journal de Radiologie, Volume 85, Issue 4, Part 1, April 2004, Pages  
411-413
- [32] A. Ousadden; K.Mazaz, I. Mellouki; K.A.Taleb.  
Le trichobezoard gastrique : une observation.  
Annale de chirurgie ,2004;129(4): 237-240.

- [33] A.Dumonceaux, L.Michaud, M. Bonnevalle, P.Deubeugny, F.Gottrand, D.Turck. :  
Trichobézoard de l'enfant et de l'adolescent.  
Archives de pédiatrie, 1998;5(9): 996-999
- [34] A. Ousadden; K.Mazaz, I. Mellouki; K.A.Taleb.  
Le trichobezoard gastrique : une observation.  
Annale de chirurgie ,2004;129(4): 237-240.
- [35] OUADNOUNI YASSINE LE TRICHOBEZOARD Thèse en médecine  
n° 99, 2005, RABAT
- [36] Gastric trichobezoar associated with transient pancreatitis.  
Shawis RN, Doig CM  
Arch Dis Child. 1984 Oct; 59(10):994-5.
- [37] Koplewitz B, Daneman A, Fields S, Udassin R, Ein SH. Case 29:  
Gastric trichobézoard and subphrenic abscess.  
Radiology 2000;217:739–42.
- [38] BenesJ,ChmelJ,JodIJ,StrekaC,NevoralJ.  
Treatment of a gastric bezoar by extracorporeal shock wave lithotripsy.  
Endoscopy 1991;23:346–8.
- [39] A rare clinic entity: Huge trichobezoar  
Hidayatullah Hamidi, Dr, MD,a,□ Marzia Muhammadi, Dr, MBBS,a  
Bismillah Saberi, Dr, MD,b and Mohammad Arif Sarwari, Dr, MD,  
Msc

- [40] Phillips MR, Zaheer S, Drugas GT. Gastric Trichobezoar: Case Report and Literature Review. *Mayo Clin Proc* 1998; 73:653–6
- [41] McCracken S, Jongeward R, Silver MT, Jafri SZ. Gastric trichobezoard: sonographic findings. *Radiology* 1986;161: 123–4.
- [42] Ripolles T, Garcia-Aguayo J, Martinez MJ, Gil P. Gastrointestinal Bezoars: Sonographic and CT characteristics. *AJR Am J Roentgenol* 2001;177:65–9.
- [43] Kaushik NK, Sharma YP, Negi A, et al. Images-gastric trichobezoar. *Ind J Radiol Imag* 1999;9(3):137–9.
- [44] El Hajjam M, Lakhloufi A, Bouzidi A, Kadiri R. CT Features of a voluminous gastric trichobezoar. *Eur J Pediatr Surg* 2001;11:131–2.
- [45] Kaushik NK, Sharma YP, Negi A, et al. Images-gastric trichobezoar. *Ind J Radiol Imag* 1999;9(3):137–9.
- [46] Billaud Y, Pilleul F, Valette PJ. Occlusion mécanique du grêle avec bézoard : apport du scanner et corrélation chirurgicale. *J Radiol* 2002;83:641–6.
- [47] Qureshi NH, Morris K, McDevitt B  
Trichobezoar--a condition to think of in case of mobile abdominal mass.  
*Ir Med J.* 1992 Jun; 85(2):74.

- [48] Gastric trichobezoar with gastric ulcer: MR findings  
Sinzig M, Umschaden HW, Haselbach H, Illing P  
Pediatr Radiol. 1998 May; 28(5):292
- [49] An unusual case of the trichobezoar: the Rapunzel syndrome.  
Deslypere JP, Praet M, Verdonk G  
Am J Gastroenterol. 1982 Jul; 77(7):467-70.
- [50] Intussusception and intestinal perforations caused by multiple  
trichobezoars.  
Mehta MH, Patel RV  
J Pediatr Surg. 1992 Sep; 27(9):1234-5.
- [51] Gastric trichobezoar with gastric ulcer: MR findings  
Sinzig M, Umschaden HW, Haselbach H, Illing P  
Pediatr Radiol. 1998 May; 28(5):292.
- [52] Radiological case of the month. Jejunojejunal intussusception caused  
by a trichobezoar with a tail.  
Weiss M, Danoff DM, Wood BP  
Arch Pediatr Adolesc Med. 1998 Apr; 152(4):403-4.
- [53] Intussusception and intestinal perforations caused by multiple  
trichobezoars.  
Mehta MH, Patel RV  
J Pediatr Surg. 1992 Sep; 27(9):1234-5.

- [54] Gastric trichobezoar associated with transient pancreatitis.  
Shawis RN, Doig CM  
Arch Dis Child. 1984 Oct; 59(10):994-5.
- [55] Can a bezoar cause acute pancreatitis?  
Katapadi M, Kostandy G, Wang A, Gutierrez R, Malik A, Pachter BR  
J Clin Gastroenterol. 1997 Mar; 24(2):120-1.
- [56] KN. Chintapalli. Gastric bezoar causing intramural pneumatosis. J Clin Gastroenterology, 1994; 18: 264-265
- [57] Meckel's diverticulitis secondary to orange pulp bezoar  
Leff EI
- [58] GANGRENOUS APPENDICITIS ASSOCIATED WITH AN APPENDICEAL TRICHOBEZOAR  
D.A Smith
- [59] Hossenbocus A, Colin-Jones DG. Trichobezoar, gastric polyposis, protein-losing gastroenteropathy and steatorrhea. Gut 1973;14: 730–2.
- [60] Hossenbocus A, Colin-Jones DG. Trichobezoar, gastric polyposis, protein-losing gastroenteropathy and steatorrhea. Gut 1973;14: 730–2.
- [61] Chintapalli KN. Gastric bezoar causing intramural pneumatosis. J Clin Gastroenterol 1994;18:264–5.

- [62] Duodenal Trichobezoar Caused by Compression of the Superior Mesenteric Artery By John J. Doski, Cedric J. Priebe, Jr, Thomas Smith, and John C. Chumas
- [63] Vaughan Jr ED, Sawyers JL, Scott Jr HW. The Rapunzel syndrome. An unusual complication of intestinal bezoar. *Surgery* 1968;63:339-43.
- [64] Syndrome de Rapunzel avec invaginations intestinales multiples : une association rare de trichobézoard  
Archives de Pédiatrie, Volume 23, Issue 6, June 2016, Pages 629-631  
W. Mnari, M. Maatouk, B. Hmida, A. Zrig, M. Golli
- [65] Balik E, Ulman I, Taneli C, Demircan M. The Rapunzel syndrome: a case report and review of the literature. *Eur J Pediatr* 1993 ; 3 : 171-3
- [66] Roche C, Guye E, Coindre E, et al. Trichobézoard : à propos de 5 observations. *Arch Pediatr* 2005;12:1608-12.
- [67] Naran.AD, Naran.D, Haller.JO CT.FINDINGS OF SMALL BOWEL TRICHOBEZOAR *Emergency Radiology*, 2002, 9; 93-95
- [68] Biffi.WL , Moore.EE PANCREATICOJEJUNAL STENT MIGRATION RESULTING IN BEZOAR ILEUS *Am.J .Surg* 2002; 180: 115-116
- [69] Trichobézoards de l'enfant et de l'adolescent A Dumonceaux I, L Michaud ' , M Bonnevalle 2, P Debeugny 2, F Gottrand I, D Turck '

- [70] J.Ahazam, A.Lakhloufi et al. Le trichobezoard gastrique : à propos d'un cas. Médecine du Maghreb 2008 :40-2.
- [71] O'Soluvan MJ, Afrsci MB, and al. Trichobezoar. J R Soc Med 2001;94:68-70
- [72] Wang YG Seitz U, Li ZL, Soehendra N, Qiao XA, Endoscopic management of huge bezoards, Endoscopy 1998 ; 30 : 371 – 4
- [73] Huang YC, Liu QS, GUO ZH. The use of laser ignited mini-explosive technique in treating 100 cases of gastric bezoars.
- [74] Trichobezoar with and without Rapunzel syndrome in paediatric population: A case series from a tertiary care centre of Northern India
- [75] Trichob6zoards de l'enfant et de l'adolescent A Dumonceaux I, L Michaud ', M Bonnevalle 2, P Debeugny 2, F Gottrand I, D Turck '
- [76] Laparoscopic approach compared with conventional open approach for bezoar-induced small-bowel obstruction.  
Yau KK1, Siu WT, Law BK, Cheung HY, Ha JP, Li MK.
- [77] Pace AM, Fearne C. Trichobezoar in a 13-year-old male: a case report and review of the literature. Malta Med J 2003;15:39–40
- [78] Hair apparent: Rapunzel syndrome.  
Frey AS, McKee M, King RA, Martin A  
Am J Psychiatry. 2005 Feb; 162(2):242-8.

- [79] Kanetaka K, Azuma T, Ito S, Matsuo S, Yamaguchi S, Shirono K, et al.  
Two-channel method for retrieval of gastric trichobezoar: report of a case.  
J Pediatr Surg. 2003;38:1–2. doi: 10.1053/jpsu.2003.50067
- [80] Nirasawa Y, Mori T, Ito Y, Tanak H, Seki N, Atomi Y.  
Laparoscopic removal of a large gastric trichobezoar.  
J Pediatr Surg. 1998;33:663–665.
- [81] Meyer-Rochow GY, Grunewald B.  
Laparoscopic removal of a gastric trichobezoar in a pregnant woman.  
Surg Laparosc Endosc Percutan Tech. 2007;17:129–132.
- [82] Hernandez-Peredo-Rezk G, Escarcega-Fujigaki P, Campillo-Ojeda Z, Sanchez-Martinez ME, Rodriguez-Santibanez MA, del Angel-Aguilar A et al (2009)  
Trichobezoar can be treated laparoscopically.  
J Laparoendoscop Adv Surg Tech A 19:111–113
- [83] Levy RM, Komanduri S.  
Images in clinical medicine. Trichobezoar.  
N Engl J Med. 2007;357:e23
- [84] Klem TMAL, Stockmann HBAC, Mattens ECJL, Ruseler CH.  
Een patiënte met een trichobezoar. Ned Tijdschr Heelkd. 2005;14:19–21.

- [85] Palanivelu C, Rangarajan M, Senthilkumar R, Madankumar MV.  
Trichobezoars in the stomach and ileum and their laparoscopy-assisted  
removal: a bizarre case.  
Singapore Med J. 2007;48:37–39.
- [86] Management of trichobezoar: case report and literature review  
R. R. Gorter, C. M. F. Kneepkens, E. C. J. L. Mattens, D. C. Aronson,  
and H. A. Heij
- [87] Palanivelu C, Rangarajan M, Senthilkumar R, Madankumar MV.  
Trichobezoars in the stomach and ileum and their laparoscopy-assisted  
removal: a bizarre case.  
Singapore Med J. 2007 Feb;48(2):e37–9.
- [88] Jessica Cintolo, Dana A. Telem, Celia M. Divino, Edward H. Chin,  
Peter Midulla. Laparoscopic Removal of a Large Gastric Trichobezoar  
in a 4-YearOld Girl.  
JSLs (2009)13:608–611
- [89] Rapunzel Syndrome: A Comprehensive Review of an Unusual Case of  
Trichobezoar  
Veena Gonuguntla, MD and Divya-Devi Joshi, MD, FAAP
- [90] Swedo SE, Leonard HL, Rapoport JL, Lenane MC, Goldberger EL,  
Cheslow DL  
A double-blind comparison of clomipramine and desipramine in the  
treatment of trichotillomania (hair pulling)  
N Engl J Med. 1989 Aug 24; 321(8):497-501

- [91] Mateju. E, et al  
FATAL CASE OF RAPUNZEL SYNDROME IN NAGLECTED  
CHILD  
Forensic science international, 2009, 190: 25-27
- [92] Chaudhurg.S, John. TR, Ghosh.  
SR RECURENT TRICHOBEZOAR IN CASE OF  
TRICHOTILLOMANIA  
Indian Journal of Psychiatry, 2001, 43:4
- [93] Minilaparotomy Removal of Giant Gastric Trichobezoar in a Female  
Teenager  
Alexander M. Shulutko, MD, PhD, DrHab, Professor & Chair, Vadim  
G. Agadzhanov, MD, PhD, Associate Professor, and Airazat M.  
Kazaryan, MD, PhD, Researcher

## Serment d'Hippocrate

*Au moment d'être admis à devenir membre de la profession médicale, je m'engage solennellement à consacrer ma vie au service de l'humanité.*

- *Je traiterai mes maîtres avec le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.*
- *Je pratiquerai ma profession avec conscience et dignité. La santé de mes malades sera mon premier but.*
- *Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.*
- *Je maintiendrai par tous les moyens en mon pouvoir l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale.*
- *Les médecins seront mes frères.*
- *Aucune considération de religion, de nationalité, de race, aucune considération politique et sociale ne s'interposera entre mon devoir et mon patient.*
- *Je maintiendrai le respect de la vie humaine dès la conception.*
- *Même sous la menace, je n'userai pas de mes connaissances médicales d'une façon contraire aux lois de l'humanité.*
- *Je m'y engage librement et sur mon honneur.*

# قسم أبقراط

بسم الله الرحمن الرحيم

أقسم بالله العظيم

في هذه اللحظة التي يتم فيها قبولي عضوا في المهنة الطبية أتعهد علانية:

- بأن أكرس حياتي لخدمة الإنسانية .
- وأن أحترم أساتذتي وأعترف لهم بالجميل الذي يستحقونه .
- وأن أمارس مهنتي بوانزع من ضميري وشر في جاعلا صحة مريض هدي في الأول .
- وأن لا أفشي الأسرار المعهودة إلي .
- وأن أحافظ بكل ما لدي من وسائل على الشرف والتقاليد النبيلة لمهنة الطب .
- وأن أعتبر سائر الأطباء إخوة لي .
- وأن أقوم بواجبي نحو مرضاي بدون أي اعتبار ديني أو وطني أو عرقي أو سياسي أو اجتماعي .
- وأن أحافظ بكل حزم على احترام الحياة الإنسانية منذ نشأتها .
- وأن لا أستعمل معلوماتي الطبية بطرق يضر بحقوق الإنسان مهما لاقيت من تهديد .
- بكل هذا أتعهد عن كامل اختيار ومقسما بالله .

والله على ما أقول شهيد .



المملكة المغربية  
جامعة محمد الخامس بالرباط  
كلية الطب والصيدلة  
الرباط



جامعة محمد الخامس بالرباط  
Université Mohammed V de Rabat

أطروحة رقم: 337

سنة : 2018

## البازهر الشعري في المعدة والأمعاء

### أطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم : / / 2018

### من طرفه

**السيد: إبراهيم بومهدي**

المزاد في 14 يناير 1992 بني ملال

طبيب داخلي بالمركز الاستشفائي الجامعي ابن سينا بالرباط

لنيل شهادة

### دكتور في الطب

الكلمات الأساسية : البازهر الشعري؛ رابنزل؛ جراحة

#### أعضاء لجنة التحكيم:

رئيس ومشرف

السيد عبد اللطيف بنشقرون

أستاذ في جراحة الأحشاء

عضو

السيد محمد الوناني

أستاذ في جراحة الأحشاء

عضو

السيد المحجوب الشراب

أستاذ في جراحة الأحشاء

عضو

السيدة مريم فكري

أستاذة في طب الأشعة